

WAŻNY TEMAT: WOLNOŚĆ ZAWODU



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

12-01 | 2022-23



TEMAT NUMERU

(SAMO)RZĄD

Co sprawia, że inne zawody medyczne
też chcą mieć swoje izby?



14

Zanim wkroczy
sąd lekarski

28

30%, 100%, S czy R?



17

„Gazeta Lekarska” w 2023 roku

SAMORZĄD

- 4 Wolność zawodu (Łukasz Jankowski)
- 6 O tym się mówi

TEMAT NUMERU

- 8 Fakty
- 9 (Samo)rząd
- 12 Sonda

SAMORZĄD

- 14 Zanim wkroczy sąd lekarski
- 18 Skarb wart więcej niż złoto
- 20 Dobra technologia musi rozumieć lekarza
- 22 Po co tkwić w Rejestrze Ukaranych Lekarzy?
- 26 Nieprzekonująca ekwilibrystyka

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 28 30%, 100%, S czy R?
- 31 W sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków
- 32 Regulamin organizacyjny w praktyce zawodowej
- 34 PUE ZUS obowiązkowy

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 Cena musi rosnąć (Paweł Barucha)
- 37 Raport WHO o stanie zdrowia jamy ustnej
- 38 Starzeć się trzeba zdrowo
- 40 Biuletyn
- 49 Chodzi o jakość
- 52 Nowatorstwo musi być bezpieczne
- 54 Jak być szczęśliwym?
- 56 Bezpiecznie i zgodnie z prawem
- 58 Miesiąc pierwszy za nami!
- 60 XI Kongres Polonii Medycznej
- 62 Tu liczy się wysoki standard

PO GODZINACH

- 64 Równanie z wieloma wiadomymi (Sławomir Badurek)
- 65 Hamletyzowanie (Jarosław Wanecki)
- 66 Opera okiem okulisty
- 68 Ale numer
- 70 Kultura
- 72 Ariana
- 74 Sport
- 77 Ogłoszenia
- 79 Zjazdy koleżeńskie
- 82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Marta Jakubiak
Redaktor naczelna

DZIEŃ, MIESIĄC, ROK

Refleksje i plany. Podsumowania i nadzieje. Czas świąt Bożego Narodzenia i powitania Nowego Roku to dobry moment, by pobyć z sobą samym i innymi ludźmi w sposób wyjątkowy. Wszystkim nam życzyć, by po pracowitym grudniu, zamykającym ten rok, przyszedł świeży styczeń, otwierając drogę do spełniania marzeń. A ludzie, których spotkamy w swoim życiu, dali nam siłę, by snuć kolejne. Niech każdy dzień będzie dobry. Zróbmy coś dla siebie i dajmy coś od siebie innym. Szanujmy życie. Cieszymy się z każdego dnia, miesiąca, roku. Życzyć Państwu, w imieniu całej redakcji „Gazety Lekarskiej” wszystkiego, co najlepsze. I dziękuję, że jesteście z nami.

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Dążymy do tego, żeby nasze lekarskie środowisko było postrzegane na zewnątrz jako silne, a nasze zdanie miało istotny wpływ na kształtowanie regulacji dotyczących naszego zawodu. Zadanie to niełatwe, szczególnie w czasach, gdy nasz mocny głos w dyskusjach o systemie ochrony zdrowia nie wszystkim jest na rękę.

Ostatnio szczególnie głośno przeciwko nam używany był argument o „czarnych owcach” i braku samooczyszczenia środowiska lekarskiego – szczególnie w chwilach, w których decydenci chcieli popsuć wizerunek lekarza w oczach opinii publicznej, osłabić nasz głos albo pozamerytorycznie polemizować z naszą inicjatywą dotyczącą systemu opartego na idei no-fault.

Aby móc zmierzyć się z tego typu zarzutami, musimy udowodnić, że potrafimy skutecznie i transparentnie odsuwać od zawodu tych, którzy szkodzą i nie powinni być lekarzami. Musimy wyciągać konsekwencje. A tym, którzy niesłusznie stali się np. ofiarami medialnej nagonki, zagwarantować sprawne, rzetelne postępowanie, rozwiewające wszelkie wątpliwości. Bo kto lepiej niż lekarze – posiadający dodatkowo wiedzę prawną, mocne zaplecze merytoryczne i odpowiednie narzędzia – jest w stanie rozstrzygnąć kwestie związane z wykonywaniem naszego zawodu?

To pytanie dla nas jest retoryczne, ale organizatorzy systemu ochrony zdrowia oraz systemu prawnego faktycznie mogą je sobie zadawać i próbować iść inną drogą. Realnie staje się obecnie ryzyko, że w niedalekiej przyszłości możemy stanąć przed koniecznością mierzenia się z próbami odebrania nam lub ograniczenia działania pionu odpowiedzialności zawodowej w dotychczasowej formie. Dlatego koniecznie musimy rozpocząć inwestowanie w profesjonalizację organów odpowiedzialności zawodowej. Celowo użyłem słowa „inwestowanie”, bo to zwróci się nam w postaci silniejszej pozycji samorządu lekarskiego, co pozwoli



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

WOLNOŚĆ ZAWODU

na utrzymanie wolności naszego zawodu. Bo wytrąci to oręż z ręki tym, którym marzy się, aby miejsce rzecznika odpowiedzialności zawodowej zajął w postępowaniach z zakresu odpowiedzialności zawodowej prokurator.

Ci z Państwa, którzy znają izby od środka, wiedzą, że system odpowiedzialności zawodowej działa dziś dobrze, ale wiedzą też, jak dotkliwe są obecnie problemy kadrowe w biurach okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej czy sądach lekarskich. Dziś zastępcami OROZ czy sędziami lekarskich sądów zostają w większości ideowcy, pasjonaci, społecznicy, którzy wykonując dla nas wszystkich trudną i odpowiedzialną pracę, poświęcają swój wolny czas, a przy tym wręcz – mówiąc dosadnie – „dokładają do interesu”, a jedyną nagrodą za ten trud jest poczucie misji. Praca w pionie odpowiedzialności zawodowej jest zbyt ważna, by opierała się jedynie na poczuciu misji i służbie. Jestem

przekonany, że musimy zmienić system wynagrodzeń i stworzyć atrakcyjne, szeroko rozumiane, warunki pracy w pionie odpowiedzialności zawodowej. Poprzez zachęty

do wykonywania pracy – a przynajmniej sprawienie, żeby lekarze nie byli stratni finansowo i czasowo przez to, że wykonują pracę dla naszego środowiska, poprzez promocję w środowisku możliwości pracy w charakterze sędziego czy rzecznika, poprzez ułatwienie startu w tej roli lekarzom, którzy chcieliby podjąć się tego zadania – musi nastąpić pilne wzmocnienie kadrowe pionu odpowiedzialności zawodowej. Skoro mamy jako lekarze oczekiwania względem zmian w systemie ochrony zdrowia, miejmy je także względem „systemu” samorządności. Od wielu lat postulujemy zwiększenie wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia, zwracamy się też do decydentów o zwiększenie wynagrodzeń np. biegłych sądowych. Czas, byśmy potrafili docenić pracę naszych kolegów lekarzy – rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sędziów sądów lekarskich, dzięki którym możemy wciąż wykonywać wolny zawód.

Nasz zawód jest zawodem szczególnie, aby wykonywać go dobrze, powinniśmy mieć warunki do funkcjonowania w sferze wolności i samodzielności. Ta samodzielność szczególnie w aspekcie odpowiedzialności zawodowej powinna być niekwestionowana.

W tym miejscu chciałbym wyrazić słowa uznania dla osób angażujących się w działania w ramach odpowiedzialności zawodowej, gdyż nie dość, że zadania te wymagają ogromnej wiedzy, nie tylko medycznej, ale też prawnej, ale także często odwagi i ludzkiej mądrości. Bardzo Państwu w imieniu całego środowiska dziękuję. Działania wzmacniające pion odpowiedzialności zawodowej będą jednym z celów, jakie stawiamy sobie jako samorząd na kolejny rok. ■■■

Pozostając w temacie nowego roku oraz zbliżającego się czasu świątecznego, pragnę życzyć wszystkim Państwu zdrowych i spokojnych Świąt Bożego Narodzenia. Tym, którzy będą w swoich domach lub u bliskich – spokoju i rodzinnej atmosfery, a tym którzy czas Świąt spędzą w pracy – dużo sił. Na 2023 rok życzę nam wszystkim, całemu środowisku lekarskiemu, zdrowia i lepszego systemu opieki zdrowotnej. Życzę też coraz silniejszego samorządu, realizującego nasze wspólne cele.



Renata Jeziółkowska

Rzecznik prasowy NIL

SKĄD/ILE REALNIE NA ZDROWIE? ORAZ PES

O wspomnianej ustawie było głośno z uwagi na zapisy dotyczące przerzucania finansowania części świadczeń zdrowotnych i leków z budżetu państwa na Narodowy Fundusz Zdrowia – bez – co podkreśla samorząd – adekwatnego zwiększenia budżetu NFZ. Samorząd krytycznie wypowiadał się o rozwiązaniach, a NRL, i później prezydium NRL, wydały stanowiska w tej sprawie. Zaznaczano, że obok szkodliwych zmian pojawił się pozytywny aspekt, jakim jest zwolnienie z ustnej części egzaminu specjalizacyjnego lekarzy, którzy z części pisemnej uzyskali co najmniej 75 proc. punktów. Jest to postulat środowiska, o realizację którego bezpośrednio zabiegał prezes NRL Łukasz Jankowski.

REFUNDACJA LEKÓW

Na łamach prasy publikowane były informacje o postulatach samorządu lekarskiego dotyczących zdjęcia z wystawiających recepty obowiązku określania poziomu refundacji leków i konieczności automatyzacji oraz uproszczenia refundacji.

„Podobno brakuje pieniędzy na zdrowie. Mamy proste rozwiązania na wyciągnięcie ręki. Przez to, że lekarze nie musieliby określać poziomu refundacji w odniesieniu do wieku i płci, państwo polskie zaoszczędziłoby 9 mln zł. Te kwoty można przeznaczyć na inne cele. Lekarze powinni być zwolnieni z określania poziomu odpłatności, bo mają inne zadania”

prezes NRL Łukasz Jankowski podczas Forum Rynku Zdrowia

O TYM SIĘ MÓWI

GDY NIE WIADOMO O CO CHODZI...

Finansowanie. To słowo często pojawiało się w komentarzach samorządu dotyczących ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Bo czy ustawa, której nazwa sugeruje, że dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów, wprowadzić ma furtkę dla wykorzystania na inne cele pieniędzy, które powinny być wydatkowane na zdrowie? Wątpliwości lekarzy z NRL w tej i innych kwestiach związanych z ochroną zdrowia i leczeniem publikowane były w formie wypowiedzi wideo, audio i pisemnej. Głos środowiska lekarskiego wybrzmiewał zarówno w mediach ogólnopolskich, jak i lokalnych. Przedstawiamy telegraficzny skrót tematów, tez i stanowisk.

„Wobec bardzo licznych nowych zapisów w dokumencie, zmieniających finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz faktu problemów gospodarczych w naszym kraju, istnieje uzasadnione zagrożenie, że środki, które powinny być przeznaczone na najwyższą wartość, jaką jest zdrowie obywateli i na spłacanie ogromnego długu zdrowotnego zaciągniętego podczas pandemii, będą wykorzystywane w zupełnie innych sferach. (...) Sposób procedowania i przebieg samych

obrad Sejmu może wzbudzać ogromne wątpliwości co do transparentności działań rządzących”

fragmenty stanowiska PNRL w sprawie szkodliwych zapisów przyjętej przez Sejm ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw



KSZTAŁCENIE LEKARZY

W wypowiedziach związanych z kształceniem lekarzy zaznaczali, że zwiększenie liczby kierunków lekarskich i miejsc kształcenia grozi obniżeniem jego jakości. Przy okazji tematów związanych z kształceniem przeddyplomowym samorząd sygnalizuje niewydolność systemu względem zapewnienia przyszłym lekarzom miejsc stażowych i specjalizacyjnych. Odnosi się również do wątku emigracji. „Kierunek kształcenia lekarzy” to tytuł zapowiadanej przez nas debaty, którą organizujemy 12 grudnia w siedzibie NIL. Na wydarzenie zaprosiliśmy ekspertów wytypowanych przez kluby parlamentarne oraz koła parlamentarne i poselskie.

KADRY, WYNAGRODZENIA

W mediach mowa była o problemie zbyt małej liczby specjalistów, szczególnie w specjalizacjach zabiegowych. Lekarze z NRL wskazywali, że to konsekwencja uwarunkowań systemowych i prawnych związanych z odpowiedzialnością karną. Odnosili się również do tematu wynagrodzeń, zwracając uwagę m.in. na formy zatrudnienia i czas poświęcany pracy w celu zapewniania ciągłości dyżurów w szpitalach.



BRAK MORFINY

W związku z brakami morfiny w tabletkach, będącej podstawowym lekiem przeciwbólowym stosowanym u pacjentów z chorobą nowotworową, Prezydium NRL zaapelowało do ministra zdrowia o pilne rozszerzenie wskazań do refundacji innych, mogących zastąpić morfinę, leków opioidowych.

„W obecnej sytuacji ekonomicznej brak refundacji i wysoki koszt leków budzi niepokój o możliwość kontynuowania leczenia przez pacjentów. Nie bez znaczenia jest konieczność ochrony lekarzy wykorzystujących aktualną wiedzę medyczną i dostępne środki przed administracyjnymi karami nakładanymi przez NFZ za błędną refundację. Podkreślić należy, że zapewnienie

możliwości leczenia zgodnego z aktualną wiedzą medyczną, m.in. pacjentom z bólem nowotworowym, jest jednym z obowiązków władzy publicznej”

fragment apelu PNRL do Ministra Zdrowia o pilne zapewnienie dostępności leków opioidowych



„W uzasadnieniu tej ustawy znajduje się również takie zdanie, że oprócz zadań w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy Instytut ten będzie udzielał świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności. Brzmi to tak, jakby świadczenie dla wszystkich pozostałych, niebędących w służbach, były działalnością poboczną tego Instytutu”

wiceprezes NRL Mateusz Kowalczyk w TOK FM

„Nie chcemy wracać w tej chwili do czegoś, co pamiętamy z dawnych czasów, czyli tak zwanej branżowej służby zdrowia, kiedy mieliśmy szpitale kolejowe, szpitale górnicze i tak dalej, przeznaczone tylko dla jednej grupy ludności”

wiceprezes NRL Klaudiusz Komor w Faktach TVN



stanowisko w sprawie projektu ustawy o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

PAŃSTWOWY INSTYTUT MEDYCZNY MSWiA

Obawy wynikające z trybu i uzasadnienia przekształcenia Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Państwowy Instytut Medyczny wyrażone zostały w stanowisku PNRL. Przytaczano je w mediach, proszono NIL o wywiady.

Z LEKARSKIEJ PRAKTYKI

Lekarze z NRL byli proszeni o wypowiedzi eksperckie w tematach dotyczących poszczególnych chorób, problemów zdrowotnych, z jakimi zmagają się pacjenci, szczepień i działań sprzecznych z aktualną wiedzą medyczną. Na łamach prasy, w eterze i w telewizji omawiane były sprawy związane z odpornością, rozprzestrzenianiem się wirusów. Przedstawiano również zagrożenia, na które wskazują lekarze w kontekście wykonywania zabiegów medycyny estetycznej przez osoby niebędące lekarzami.

STOMATOLOGIA

Dziennikarze pytali przedstawicieli lekarzy dentystów z NRL o kwestie związane ze stomatologią w publicznym sektorze, jak również ceny świadczeń w gabinetach prywatnych. Wątkiem przywoływanym w rozmowach były ceny produktów i wzrastające koszty utrzymania gabinetów i działalności. Prezydium NRL sformułowało uwagi w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.



stanowisko w sprawie projektu zarządzenia Prezesa NFZ ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

MEDIACJE

Media poruszały kwestie dotyczące sporów oraz znaczenia mediacji. W komentarzach zwracaliśmy uwagę na potrzebę wzmocnienia mediacji w izbach lekarskich oraz na znaczenie stwarzania przestrzeni dla porozumienia np. między pacjentem i lekarzem.

„Konsensus na tym etapie pozwala uniknąć kolejnych kroków – prawnych, sądowych, gdzie zarówno pacjenci jak i lekarze są narażeni na czasochłonne procesy, generujące koszty, pochłaniające wiele energii”

rzecznik prasowy NIL w prawo.pl

BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA

Konsekwentnie w mediach wyjaśniamy ideę no-fault, na której opiera się postulowany przez środowisko lekarskie system bezpieczeństwa leczenia. Zapowiadamy również finisz prac nad projektem ustawy tworzoną w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Działania edukacyjne związane z tym tematem podejmują ponadto Porozumienie Rezydentów, Porozumienie Chirurgów „Skalpel” i Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów IFMSA – Poland, w ramach wspieranej przez NIL kampanii społecznej „Bezpieczne Leczenie”. Więcej o akcji zainaugurowanej 4 listopada pod Sejmem na str. 58.

AGRESJA I HEJT

Prezydium PNRL podjęło stanowisko, w którym domaga się podjęcia zdecydowanych działań, mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa osób wykonujących zawody zaufania publicznego, a także zapewnienie pomocy i wsparcia w sytuacjach zagrożenia. Stanowisko, wraz z wyrazami żalu, opublikowano po tym, gdy doszło do zabójstwa komornik Ewy Kochańskiej. Komentowaliśmy ponadto zdarzające się sytuacje agresji i hejtu względem medyków. Informowaliśmy o istniejącym lub tworzoną przez izby lekarskie bezpłatnym wsparciu prawnym dla ich członków oraz pomocy udzielanej przez rzeczników praw lekarza i specjalne zespoły ds. naruszeń.



4 lata

trwa kadencja organów izb lekarskich. Tworzą je członkowie, wybierani w tajnym głosowaniu (przy nieograniczonej liczbie kandydatów). Działają do czasu pierwszego posiedzenia nowo wybranych organów. Tę samą funkcję można pełnić nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje. Obecna kadencja jest dziewiątą od momentu reaktywacji izb lekarskich w Polsce w 1989 r.

6 miesięcy

od dnia otrzymania - w tym terminie minister zdrowia może zaskarżyć do Sądu Najwyższego uchwałę organu izby lekarskiej pod zarzutem niezgodności z prawem. SN utrzymuje zaskarżoną uchwałę w mocy bądź ją uchyla i przekazuje sprawę do ponownego rozpoznania właściwemu organowi samorządu, ustalając wytyczne co do sposobu jej załatwienia.

10 lat

co najmniej tyle musi wykonywać zawód lekarz zamierzający kandydować do pełnienia funkcji rzecznika odpowiedzialności zawodowej, jego zastępcy lub członka sądu lekarskiego. Osoby wykonujące te funkcje nie mogą być członkami innego organu izby, z wyjątkiem Krajowego Zjazdu Lekarzy lub okręgowych zjazdów lekarzy.

XVII wiek

na początku tego stulecia w Gdańsku powstała pierwsza polska organizacja samorządowa lekarzy: Collegium Medicorum Gedanensis. Powołano ją w celu ograniczenia działalności znachorów i szarlatanów, których szkodliwa działalność coraz bardziej zaczęła doskwierać społeczeństwu. Ówczesny król Polski, Władysław IV, nadał wówczas lekarzom uprawnienia i przywileje. Idea izb lekarskich zrodziła się znacznie później, pod koniec XIX w. w Brunszwiku, gdy powołano do życia izbę lekarską i aptekarską, wzorowane na istniejących już izbach adwokackich, przemysłowych, handlowych i rolniczych.

FAKTY I LICZBY

Każdy lekarz i lekarz dentysta, który posiada PWZ, jest z mocy ustawy członkiem izby lekarskiej. Obecnie funkcjonują 23 izby okręgowe oraz Wojskowa Izba Lekarska, która działa na terenie całego kraju, ale posiada status prawny izby okręgowej.

252

delegatów XV Krajowego Zjazdu Lekarzy oddało swój głos na Łukasza Jankowskiego, który tym samym wygrał wybory na prezesa NRL IX kadencji samorządu, zastępując prof. Andrzeja Matyję (zagłosowało na niego 192 delegatów). Pełni tę funkcję od połowy maja. - Moim planem jest zbudowanie samorządu przyszłości. Sprawdzonym kluczem do tego, z którego korzystałem w OIL w Warszawie, jest słuchanie, angażowanie i skuteczne działanie. Klucz ten pozwolił na osiągnięcie dwóch z trzech celów, które sobie założyłem: wsparcie dla członków samorządu i wpływ na opinię publiczną. Do osiągnięcia w pełni trzeciego celu, którym jest wpływ na decydentów, w izbie okręgowej brakuje narzędzi - powiedział tuż po wyborach.

206 780

wynosi liczba wszystkich członków izb lekarskich w Polsce (wyraźnie przeważają kobiety). Wśród nich 161 492 to lekarze, 44 680 - lekarze dentyści, a podwójne PWZ posiada 608 osób. Te liczby są istotnie mniejsze, jeśli weźmie się pod uwagę kwestię wykonywania zawodu - w tym przypadku łączna liczba lekarzy i lekarzy dentyistów jest o prawie 16 tys. mniejsza od liczby członków izb.

1100

delegatów pojawiło się w dniach 10-12 grudnia 1989 r. w Filharmonii Narodowej w Warszawie, gdzie odbył się I Krajowy Zjazd Lekarzy. Mimo dostawek, niektórzy siedzieli na schodach.

1253

członków ma OIL w Gorzowie Wielkopolskim. To najmniej liczna izba okręgowa w Polsce. Jest w niej zarejestrowanych 918 lekarzy, 332 lekarzy dentyistów i troje z podwójnym PWZ. Największą izbą okręgową jest izba warszawska, licząca 34 981 członków - wśród nich jest 27 188 lekarzy, 7636 lekarzy dentyistów, a podwójne PWZ posiada 157 osób.

ANALIZA

(SAMO)RZĄD

Po co został powołany samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów? Czym się zajmuje i jak różnorodne zadania nakładają na izby przepisy prawa? Co sprawia, że inne zawody medyczne też chcą go mieć?



Mariusz Tomczak

Dziennikarz

Nasi parlamentarzyści zdecydowali, że powstanie kolejny medyczny samorząd zawodowy. 1 grudnia Sejm uchwalił ustawę o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

Zorganizowany w ramach Krajowej Izby Ratowników Medycznych samorząd jest wzorowany na innych medycznych zawodach zaufania publicznego. Zyska osobowość prawną i określone w ustawie organy. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego stanie się możliwe po uzyskaniu PWZ i wpisaniu do rejestru. Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy, zapisane w niej zasady odpowiedzialności zawodowej odzwierciedlają dotychczasowe doświadczenia lekarzy i lekarzy dentystów.

PRZED RATOWNIKAMI BYLI FIZJOTERAPEUCI

Kilka lat temu po raz pierwszy w historii Polski powołano do życia samorząd zawodowy fizjoterapeutów. Przynależność do niego jest obowiązkowa. Ciekawostką może być fakt, że w 2016 r., realizując zapisy nowo uchwalonej ustawy, pierwsze posiedzenie Komitetu Organizacyjnego Samorządu Fizjoterapeutów zwołał były prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, sprawujący wówczas urząd ministra zdrowia, Konstanty Radziwiłł. W czasie I Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów przyjęto „Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty”. Utworzono Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów – jest dostępny dla każdego w zakresie imienia, nazwiska, stopnia naukowego i tytułu naukowego, a także nazwy pracodawcy, łącznie z informacją o statusie aktywności

zawodowej. Doprowadzenie do uchwalenia ustawy o zawodzie fizjoterapeuty i ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych to zwieńczenie starań wielu osób. Nie było łatwo. Inicjatorzy tych regulacji wskazywali, że członkostwo w samorządzie wiąże się zarówno z prawami, jak i obowiązkami. Zwracano uwagę, że utworzenie izb i uregulowanie zasad wykonywania tych zawodów będzie sprzyjało ich profesjonalizacji, podniesieniu rangi społecznej, przyczyni się do wzrostu ich znaczenia w systemie ochrony zdrowia i zmieni postrzeganie ze strony pacjentów.

BEZ KAPRYSU WŁADZY

Według szacunków rządu wiosną 2021 r. w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne zawód ratownika medycznego wykonywało ok. 22,5 tys. osób. Dokładnych danych nie ma z uwagi na brak elektronicznego rejestru, ale wkrótce sytuacja ulegnie zmianie, bo samorząd zostanie ustawowo zobowiązany do jego prowadzenia. Z kolei aktualna liczba fizjoterapeutów wynosi ok. 74,8 tys., co wiadomo dzięki Krajowemu Rejestrowi Fizjoterapeutów. A ilu jest obecnie lekarzy i lekarzy dentystów? Na to pytanie odpowiedź można znaleźć w rejestrze stworzonym przez Naczelną Izbę Lekarską. Do jego prowadzenia, zresztą kilku innych rejestrów też, samorząd lekarski jest zobowiązany na mocy ustawy o izbach lekarskich. Uchwalono ją w grudniu 2009 r., czyli dokładnie 13 lat temu, ale korzenie samorządu sięgają

znacznie głębiej. Niedawno minęło 100 lat od ustanowienia izb lekarskich w Polsce. Nie działały jednak przez całe stulecie. Naziści i komuniści nieprzypadkowo je zlikwidowali. Istotą samorządu stanowi bowiem decydowanie o własnych sprawach niezależne od władzy nadrzędnej, w tym od kaprysów najważniejszych jej przedstawicieli. Na gruncie korporacji zawodowej samorządność polega m.in. na wykonywaniu we własnym zakresie zadań z zakresu administracji publicznej. Jedno i drugie nie było na rękę twórcom Polski Ludowej, a tym bardziej namiestnikom III Rzeszy.

OD GORZOWA DO WARSZAWY

W Polsce istnieją 23 izby okręgowe i Wojtkowska Izba Lekarska, posiadająca status 24. „okręgowki”, działająca jednak na terenie całego kraju. Obecnie izby zrzeszają ok. 206,8 tys. członków, w tym kilkuset posiadających podwójne PWZ. Łączna liczba osób wykonujących zawód lekarza i lekarza dentysty jest wyraźnie mniejsza (wynosi ok. 191,2 tys.) – najwięcej w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie (ok. 31,8 tys.), a najmniej w OIL w Gorzowie Wielkopolskim (ok. 1,1 tys.). O tym, co jeszcze znajduje się w Centralnym

Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, można by długo pisać, bo stanowi on kopalnię wiedzy o środowisku, ale jego prowadzenie to tylko jeden z obowiązków nałożonych na samorząd. Zadania są liczne i określone dość szeroko, a mimo to wiele osób nie do końca zdaje sobie z nich sprawę. Warto je przybliżyć.

**Samorząd
tworzą
członkowie
izb.**

SAMORZĄD = CZŁONKOWIE IZB

Z mocy ustawy samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów tworzą członkowie izb. Jest powołany do ich reprezentowania. Czy dla osób wykonujących tę zawody byłoby lepiej, gdyby nie zajmowała się tym korporacja? Kto wówczas wypełniłby tę pustkę: resort zdrowia czy urzędy wojewódzkie? A może jakaś instytucja? W to, że tak by było, nie wątpię, bo przecież życie nie znosi próżni, a znaczną część obowiązków izb ktoś musiałby przejąć. To samorząd sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem zawodów lekarza i lekarza dentysty w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Służy zatem znacznie szerszemu gronu obywateli niż tylko przedstawicielom obu profesji. Działalność izb, jako przejaw decentralizacji władzy publicznej, wpisuje się w istotę funkcjonowania państwa demokratycznego. Nieprzypadkowo do końca lat 80. XX w. wielu lekarzy aktywnie zabiegało o zmiany ustrojowe, ponieważ PRL-owska rzeczywistość nie pozwalała rozwijać im skrzydeł na polu zawodowym, a tym bardziej obywatelskim.

POD LUPĄ URZĘDNIKA?

Wśród powszechnie znanych ustawowych zadań samorządu jest ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbałość o ich przestrzeganie. A co, jeśli o ich naruszeniu orzekalby organ administracji rządowej, którego szefa powoływałby premier? Co by było, gdyby właśnie ten organ upominał i karał za łamanie Kodeksu Etyki Lekarskiej? Czy byłoby to z pożytkiem dla tych, którzy diagnozują i leczą? Czy pacjenci odnieśli by z tego jakieś korzyści?

PWZ, ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA

W gestii samorządu leży przyznawanie PWZ, w tym na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz przyznawanie prawa warunkowego, a także uznawanie kwalifikacji lekarzy będących obywatelami państw członkowskich UE, którzy planują rozpocząć pracę w naszym kraju. Wprawdzie od niedawna obowiązują kontrowersyjne przepisy, w oparciu o które minister zdrowia - nie przeprowadzając postępowań w sprawie uznania równoważności kwalifikacji - może wyrazić zgodę na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty w Polsce przez osoby z kwalifikacjami nabytymi poza UE, a dodatkowo izby okręgowe nie mogą, zdaniem ministra, wymagać właściwej znajomości języka polskiego (co de facto ogranicza rolę samorządu w decydowaniu o przyznaniu warunkowego

CZY WIESZ, ŻE...

Samorząd lekarski przewodniczy komisjom przeprowadzającym konkursy ordynatorskie oraz opiniuje kandydatury na wybrane stanowiska lub funkcje. Izby są zobowiązane do przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci lekarza lub lekarza dentysty prowadzącego praktykę indywidualną. Jest ona udostępniana m.in. pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym. Przepisy zobowiązują również samorząd do współpracy z organami państw członkowskich UE za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI, który funkcjonuje w oparciu o rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE. Chodzi o wymianę informacji o lekarzach lub stomatologach, którym organy lub sądy krajowe zakazały lub ograniczyły prowadzenie działalności na terytorium jednego z państw wspólnoty i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

PWZ), ale stanowi to raczej wyłom w zakresie obowiązujących przepisów, a nie regułę. Na tym polu pozycja izb wciąż jest bardzo silna. To samorząd zawiesza i pozbawia PWZ, ogranicza lekarza lub lekarza dentystę w wykonywaniu zawodu oraz prowadzi postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Tym ostatnim zajmują się reprezentanci środowiska, którzy bez wątpienia znacznie lepiej orientują się w specyfice uprawiania medycyny, opartej nie tylko na wiedzy, ale i doświadczeniu, niż sędziowie, prokuratorzy czy urzędnicy. Nie wszystko da się zrozumieć zza biurka. Czy byłoby lepiej, gdyby wszystkie skargi pacjentów i ich bliskich wpływały na biurka sędziów sądów powszechnych lub oddelegowanych do tego biuralistów?

UDZIAŁ W ŻYCIU PUBLICZNYM

Nie do końca docenianą i nie zawsze właściwie rozumianą kwestią jest aktywność przedstawicieli NIL i izb okręgowych w szeroko rozumianym życiu publicznym, w tym w sferze polityki definiowanej nie jako sztuka rządzenia państwem czy partyjna walka o „stołki”, lecz troska o dobro wspólne. Wśród zadań stojących przed samorządem przepisy wymieniają m.in. opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu oraz występowanie o ich wydanie. Wskazują na zajmowanie

stanowisk w sprawach związanych z polityką zdrowotną państwa i organizacją ochrony zdrowia. Ustawowym zadaniem samorządu jest opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy, a także opiniowanie i wnioskowanie w sprawach związanych z kształceniem przed- i podyplomowym zarówno lekarzy, jak i innych zawodów medycznych. To wskazuje na szczególną pozycję w systemie ochrony zdrowia, ponieważ pozwala zabierać głos w kwestiach nie dotyczących bezpośrednio środowiska.

OCHRONA I OBRONA

Podejmowanie działań na rzecz ochrony zawodu oraz indywidualnych i zbiorowych interesów członków izb stanowi kolejne z zadań. Brzmi odrobinę partykularnie, ale ustawa na to zezwala, a wręcz do tego obliguje. To również współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi i innymi organizacjami w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu, a ponadto współpraca z samorządami zawodów medycznych i innymi reprezentującymi je podmiotami, towarzystwami naukowymi oraz uczelniami i instytutami, zarówno w kraju, jak i za granicą.

LOBBING W SŁUSZNEJ SPRAWIE

A co to wszystko oznacza w praktyce? Na przykład śledzenie planowanych zmian w przepisach, również na poziomie prawa unijnego, analizowanie ich potencjalnych skutków i, w razie potrzeby, reagowanie różnymi sposobami. To m.in. spotkania, oficjalne i nieoficjalne, z decydentami (politykami, urzędnikami), przedstawicielami środowisk medycznych i niemiedycznych (np. samorządów zawodowych, związków, towarzystw naukowych, organizacji pozarządowych) i liderami opinii (ekspertami, dziennikarzami). To podejmowanie stanowisk i apeli, opiniowanie i opracowywanie rozmaitych dokumentów, publikowanie oświadczeń. To podejmowanie i wspieranie rozmaitych inicjatyw i kampanii społecznych, organizowanie konferencji prasowych i debat czy spotkań roboczych, w czasie których omawiane są problemy i wyzwania oraz wypracowywane kierunki działań. Część tych starań można określić jako lobbing, a przynajmniej ma taki charakter, choć w naszym kraju to słowo ma pejoratywne skojarzenia. Niestuszenie.

NIEDOSTRZEGANY WYSIŁEK

Te wysiłki nie zawsze są dostrzegane. Niekoniecznie zdają sobie z nich sprawę osoby



Do ustawowych zadań samorządu należy też prowadzenie doskonalenia zawodowego lub udział w jego organizacji. Szkolenia i kursy, stacjonarne i online, prowadzi zarówno NIL, jak i izby okręgowe. Jest ich sporo, a zgodnie z zapowiedzią obecnych władz NRL, będzie jeszcze więcej. Tematyka nie ogranicza się do medycyny. Obejmuje m.in. rozwijanie umiejętności komunikacji z pacjentem, kwestie zarządzania czy zmiany w przepisach. Wszystkie wydarzenia edukacyjne organizowane przez Ośrodek Kształcenia NIL można znaleźć w zakładce „Kursy i szkolenia” na stronie internetowej www.nil.org.pl.

nieśledzące na bieżąco życia publicznego i pobieżnie interesujące się działalnością izb. Nie wszystko jest prezentowane na stronie internetowej NIL i stronach izb okręgowych. Nie wszystko da się opisać na łamach

„Gazety Lekarskiej” (nawiasem mówiąc, jej wydawanie jest obowiązkiem NRL wynikającym z ustawy o izbach) i w biuletynach wydawanych przez izby okręgowe. Nie po każdej aktywności pojawia się ślad na profilach na Facebooku, Twitterze, Instagramie czy LinkedIn, które prowadzi NIL i część izb. Tylko wybrane inicjatywy przebijają się do mediów ogólnopolskich i branżowych. Inna rzecz, że część działań nie odbywa się w błysku fleszy i przy udziale kamer.

CO MOŻE JEDNOSTKA?

Lekarz, o ile nie jest wysoko postawioną osobą w obozie władzy, w pojedynkę niewiele wskóra u premiera, ministra i wice-ministrów zdrowia czy kierownictwa NFZ. Jakkolwiek brutalnie to brzmi, jednostka mało znaczy w ramach rozbudowanych struktur państwa, a w ostatnich latach system ochrony zdrowia stał się bardziej scentralizowany. Przeprowadzenie unikalnej operacji czy tytuł profesora nie pomoże, podobnie jak kilkadziesiąt tysięcy followersów. Działając razem, lekarze i lekarze dentyści mogą osiągnąć więcej, niż gdyby próbowali wpływać na władze indywidualnie lub w mniejszych grupach. Owszem, władze samorządu często bezskutecznie proszą, apelują, wnioskuje lub stawiają żądania, ale to one, a nie doktor Iksiński czy doktor Igrekowski, są traktowane przez władze

Izby zrzeszają ok. 206,8 tys. członków.

jako partner do dyskusji. To partner trudny, niewygodny, bo – jak pokazuje historia – nie przytakuje i nie akceptuje wielu rozwiązań forsowanych przez rząd, większość parlamentarną czy mini-

strów, podkreślając, że nakłady na ochronę zdrowia są prospołeczną inwestycją. To stawia samorząd na pozycji roszczeniowej, bo środki budżetowe są ograniczone, a możliwości ich wydawania, przynajmniej z punktu widzenia polityków, jest bez liku. Zdrowie obywateli nie ma priorytetu przy podejmowaniu decyzji o podziale pieniędzy publicznych, podczas gdy lekarzom sen z powiek spędza stan zdrowia pacjentów.

WPŁYW NA DEBATĘ PUBLICZNĄ

Wpływ samorządu na debatę publiczną jest dostrzegany, ale nie wszyscy rozumieją specyfikę stałej, codziennej współpracy z mediami. Tymczasem ten, kto traktuje „czwartą władzę” po macoszemu, osiąga mniej. Brak działań w zakresie komunikacji lub ich nieduży zakres, np. związany z ograniczonymi możliwościami (finansowymi, organizacyjnymi, kadrowymi), sprzyja powielaniu narracji przedstawiającej lekarzy w roli winnych np. za zdarzenia niepożądane. Te ostatnie często nie mają nic wspólnego z błędnymi decyzjami personelu medycznego, a nierzadko wynikają ze złej organizacji systemu i jego niedofinansowania, ale żeby przebić się z tym przekazem, trzeba podjąć skoordynowane działania. Z perspektywy widza oglądającego serwis informacyjny tego nie widać. Samorząd monitoruje to, co pojawia się

w mediach, reagując na różne sposoby, ale oczekiwania części członków izb dotyczące obrony wizerunku czy przeciwdziałania medialnym linczom idą znacznie dalej od jego możliwości. Jak wyglądałaby debata publiczna, gdyby zabrakło w niej przedstawicieli samorządu, którzy nie są bierni w razie publikacji materiałów szkalujących lekarzy i godzących w ich dobre imię?

INTEGRACJA I SAMOPOMOC

Samorząd to wreszcie integrowanie środowiska, a także prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin. Jest to zapisane wprost w ustawie. Organizacja różnych imprez, w tym sportowych i kulturalnych, wpisuje się w budowanie wspólnoty zawodowej. Z kolei pomoc członkom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej to nie tylko okazywanie życzliwości i podawanie pomocnej dłoni koleżankom i kolegom przewlekłe i ciężko chorym czy emerytom i rencistom, którzy z trudem wiążą koniec z końcem, ale również wypełnianie obowiązku ustawowego. Mimo to czasami pojawiają się pytania, dlaczego izby angażują się w takie przedsięwzięcia jak wypłata zapomóg, pomoc w robieniu zakupów lekarzom seniorom, organizowanie im rehabilitacji. Nie jest tajemnicą, że przedstawiciele izb odwiedzają starszych i samotnych lekarzy z paczkami świątecznymi. Ponadto ustawa nakłada na samorząd obowiązek udzielania lekarzom informacji dotyczących zasad wykonywania zawodu i etyki, a także o przepisach w ochronie zdrowia. Robią to zarówno samorządowcy, jak i pracownicy izb. „Gazeta Lekarska” ma w tym swój skromny udział. ■■■

Sonda

Jakie zadania do wykonania ma samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów? Czym zajmują się przedstawiciele środowiska wybrani do jego organów, zarówno na szczeblu centralnym, jak i okręgowym? Dlaczego ich praca jest tak ważna?



Dr Grzegorz Mazur

skarbnik NRL, były prezes ORL w Łodzi (obecnie wiceprezes), przewodniczący Delegatury Piotrkowskiej

Zmiana wysokości składki budzi pewne emocje, ale powinna być traktowana raczej jako waloryzacja wynikająca m.in. z inflacji i ze wzrostu naszych wynagrodzeń w ostatnich latach. Po reaktywowaniu działalności izb składka wynosiła 2 proc. wynagrodzenia zasadniczego – gdyby obecnie przyjąć taki sposób obliczania, to jej wartość byłaby wyższa niż kwota, która obowiązywać będzie od przyszłego roku. Co ważne, NRL obniżyła próg zwolnienia z jej opłacania dla starszych lekarzy i lekarzy dentystów. Od początku 2023 r. z tego obowiązku będą zwolnione osoby po osiągnięciu 70. r.ż., a nie, jak jest teraz, w wieku 75+. To ważna zmiana. Dodatkowe wpływy ze składek zwiększą możliwość samorządu w zakresie działania w interesie wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Mam na myśli wykonywanie zawodu, pomoc prawną, sprawy bytowo-socjalne, odpowiedzialność zawodową, refundację kształcenia czy działanie na rzecz wprowadzenia systemu no-fault. Wszyscy oczekujemy większego zaangażowania samorządu w obronę naszego wizerunku i godności zawodu, zwłaszcza gdy stajemy się podmiotem agresji, czy to medialnej, czy ze strony niezadowolonych pacjentów, którzy nie zawsze otrzymują



Izby podejmują różnorodne działania.

pomoc ze względu na złą organizację systemu, jego niedofinansowanie i braki kadrowe, ale to nas obarczają winią. Jako samorząd nie powinniśmy zapominać o naszych koleżankach i kolegach w potrzebie. W swojej izbie niedawno złożyłem wniosek o objęcie wsparciem w formie zasiłków i dodatków lekarzy w zaawansowanym wieku, którzy potrzebują opieki i rehabilitacji. Trzeba pamiętać, że izba to instytucja, która nie składa się wyłącznie z lekarzy – to również pracownicy, którzy wykonują obowiązki na rzecz samorządu i, tak jak wszyscy, doświadczają skutków inflacji. Izba to także budynek, którego utrzymanie wiąże się z ponoszeniem znaczących wydatków. Obecnie część izb okręgowych ma ujemny wynik finansowy, bo nie jest w stanie spiąć budżetu. Z tego powodu w ostatnim czasie wiele razy rezygnowano z podejmowania różnych inicjatyw, np. sportowych i kulturalnych, które stanowią forum integracji i są niezwykle istotne dla higieny życia pozazawodowego. Po 1 stycznia w każdej izbie będą większe środki – te pieniądze powinny być przeznaczone przede wszystkim na wsparcie finansowe naszych koleżanek i kolegów. Nie każdy musi być sportowcem i startować w igrzyskach lekarskich czy uczestniczyć w wydarzeniach kulturalnych. Jednak izby powinny podejmować na tyle różnorodne działania, aby każdy członek znalazł w nich coś dla siebie.



Dr Bożena Hoffman-Golańska

zastępca OROZ OIL w Warszawie w latach 2005-2018, członek NRL

W pracy samorządu lekarskiego jestem zaangażowana od 2005 r., kiedy zostałam zastępcą okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie. Byłam nim przez 12 lat. To trudna i odpowiedzialna praca, która zajmowała mi sporo czasu i pochłonięła dużo energii, poczynając od przygotowywania pism i przesłuchań świadków, a kończąc na analizie opinii przygotowanych przez biegłych. Z doświadczenia wiem, że całe postępowanie przygotowawcze przed OROZ trwa przynajmniej trzy miesiące, a czasami wydłuża się do pół roku. Za tę pracę rzecznik otrzymywał wówczas w mojej izbie 200 zł. Myślę, że za taką kwotę żaden adwokat nie chciałby nawet przeczytać daty wpłynięcia skargi do jego kancelarii. W trakcie wyborów okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i ich zastępców we wszystkich izbach jest dużo wolnych miejsc. Chętnych do pełnienia tej roli po prostu brakuje. Tylko nieliczni lekarze i lekarze dentyści chcą poświęcać na to swój prywatny czas, a przecież jest to ważny aspekt działalności samorządowej. Jeśli nie będzie rzeczników, władza może kiedyś nam odebrać prowadzenie postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. W związku z tym, że OROZ i jego zastępcy stoją naprzeciw profesjonalnych pełnomocników procesowych, powinni być bardzo dobrze przygotowani do pełnienia swojej roli.



Dr Dariusz Samborski

członek Prezydium NRL, wiceprezes Lubelskiej Izby Lekarskiej, lekarz dentysta

Dzięki istnieniu samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów możemy po prostu skoncentrować się na wykonywaniu pracy, zarabianiu, rozwijaniu swoich pasji zarówno tych zawodowych, jak i życiowych, i nie musimy zajmować się stale tym, co „wypączkuje”, często niczym drożdże w cieple, w pomysłach i głowach ustawodawczych. W naszym imieniu planowane zmiany śledzą izby, a samorządowcy, reprezentanci środowiska, działają na rzecz wprowadzenia pewnych rozwiązań, a jednocześnie starają się blokować pomysły, które są niekorzystne zarówno dla naszego środowiska, jak i dla pacjentów. To jest bardzo niedoceniana rola samorządu. Wokół jest dużo osób lobujących za wejściem w życie kosztowych, ale zbędnych pomysłów. Z perspektywy

Działalność gospodarcza nie uchroni.

stomatologa sędzę, że gdyby rozwiązania zgłaszane z wielu stron wchodziły w życie ot tak jak powstają, pacjent za jedno wypełnienie musiałby zapłacić tysiąc złotych. Ktoś może powie: „Ale ja mam działalność gospodarczą, więc dla mnie to bez różnicy, czy samorząd istnieje, czy nie”. Czyżby? A jeśli pojawiają się przepisy, że za leczenie i wypełnienie ubytku powinno się pobierać opłatę w maksymalnej wysokości np. 70 zł? Bo ktoś sobie tak wyliczył np. wizerunkowo, przedwyborczo. Czy wtedy działalność gospodarcza uchroni nas przed czymkolwiek? Czy zaoferuje najlepsze leczenie pacjentom? Uważam, że nie. Tylko silny – siłą swoich członków, akceptujących i rozumiejących, czym jest – samorząd może nas uchronić przed wprowadzaniem takich pomysłów w życie i pozwoli nadal zachować wolność zawodu. Wyobraźmy sobie likwidację samorządu i przejęcie jego funkcji przez np. ministra zdrowia. Wówczas to pan minister sprawowałby pieczę nad wykonywaniem zawodu, nadzorował sądy lekarskie, ustalał składki, celował zapomogi, kształcił i scalał środowisko. W jaki sposób mogłoby to wyglądać, widzimy najlepiej na przykładzie NFZ, który jest odgórnie sterowany przez osoby z nadania politycznego.



Jakub Kosikowski

członek NRL, były przewodniczący Porozumienia Rezydentów, rezydent onkologii klinicznej

Samorząd jest po to, żeby sprawy związane z wykonywaniem zawodu były rozpatrywane przez lekarzy. Zastanówmy się, co by było, gdyby tymi kwestiami zajmował się urząd wojewódzki, a urzędnicy – oprócz spraw związanych z lekarzami i lekarzami dentystami – rozpatrywali również te dotyczące pielęgniarek, radców prawnych i innych zawodów, które obecnie posiadają swoje samorządy. Wyobraźmy sobie, że w sprawach utarczek prawnych między lekarzem i NFZ, pracodawcą a lekarzem pracownikiem, pacjentami i lekarzem, nie ma żadnej

instytucji, która może się za nami wstawić. Związki zawodowe są w Polsce niestety coraz słabsze, lekarskie nie są wyjątkiem, więc jeśli zabrakłoby samorządu, stalibyśmy się po prostu bezradni w starciu z systemem. Zdaję sobie sprawę, że wielu lekarzy jest zdania, że władza i tak uchwała to, co chce, tak jak było z przepisami o możliwości przyznania warunkowego PWZ w pewnym sensie z pominięciem izb, ale to wciąż jest wyjątek, a nie reguła. Wiele osób mówi, że samorząd nic nie robi, dopóki na własnej skórze nie przekona się, że to nieprawda. Widzę to w mojej izbie, m.in. w przypadku korzystania z pomocy prawnej. W związku z tym, że lekarze porównują możliwości oferowane przez izby okręgowe w różnych częściach kraju, pojawia się między nimi zdrowa konkurencja. Wydaje mi się, że tzw. pokolenie Porozumienia Rezydentów, jak niektórzy nazywają najmłodszych lekarzy, dostrzega działalność samorządu trochę bardziej i ocenia trochę lepiej niż wielu znacznie starszych kolegów i koleżanek. Siłą organizacji zrzeszających młodych lekarzy jest przepływ informacji.



Dr Mieczysław Dziedzic

Rzecznik Praw Lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej, delegat na KZL nieprzerwanie od I kadencji

Gdyby nie społeczna działalność lekarzy i lekarzy dentystów w samorządzie, to byłibyśmy skazani na urzędników, którzy nie mają, bo nie mogą mieć, pełnej wiedzy w zakresie warunków wykonywania naszego zawodu i nie znają jego specyfiki. Chodzi m.in. o przyznawanie PWZ, organizację kształcenia podyplomowego, prowadzenie rejestracji praktyk lekarskich, kwestie związane z odpowiedzialnością zawodową, a także integrację. Istnienie samorządu i społeczna praca działających w nim lekarzy i lekarzy dentystów stanowi dla naszego środowiska wartość dodaną. To nie urzędnicy czy „pani z okienka”, tylko sami lekarze wykonują czynności administracyjne przy pomocy pracowników izb. Robią to, przestrzegając obowiązującego prawa, ale również uwzględniając potrzeby i oczekiwania naszego środowiska. To dlatego sprawy lekarskie

Bylibyśmy skazani na urzędników.

powinny pozostać w naszych rękach, czyli w gestii samorządu zawodowego. Działalność izb lekarskich to przedłużenie powinności państwa demokratycznego. Poprzez swoją aktywność mają również służyć społeczeństwu, ponieważ zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. W przepisach pierwszą regułą postępowania jest zasada legalności, a lekarze mają na uwadze przede wszystkim dobro pacjenta. Patrzenie na chorego tylko przez pryzmat ustaw, rozporządzeń czy postanowień administracyjnych jest niewłaściwe, bo chodzi o czyjeś życie lub zdrowie. Lekarz patrzy na reguły wykonywania zawodu w sposób mniej sformalizowany niż urzędnik, więc może działać na korzyść pacjentów dużo lepiej niż przepisy, które czasami bywają bezduszne. W końcu w ustawie nie zawsze da się przewidzieć każdą możliwą sytuację, a lekarz ma na uwadze dobro chorego. „Salus aegroti suprema lex” – to nasza naczelna zasada i, niezależnie od zewnętrznych uwarunkowań, powinniśmy się jej trzymać.



Zanim wkroczy sąd lekarski

W Szwecji 80 proc. sporów pomiędzy lekarzami a pacjentami i placówkami medycznymi jest rozstrzyganych przy udziale mediatorów. Niestety w Polsce mediacje to wciąż mało popularny sposób ich rozwiązywania.



Lucyna Krysiak
Dziennikarz

Lekarze i lekarze dentyści działający w pionie odpowiedzialności zawodowej, zarówno w izbach okręgowych, jak i na szczęblu NIL, są zgodni, że samorządowi lekarskiemu jest potrzebny sprawnie działający zespół mediatorów, którzy zmieniliby ten obraz. Ich zdaniem

zakończona ugodą mediacja zawsze jest lepsza niż ciągnący się miesiącami proces sądowy, obciążający wszystkie strony konfliktu.

CZARNO NA BIAŁYM

Medycy pracują pod ogromną presją zarówno pracodawców, płatnika czyli NFZ, resortu zdrowia, jak i samych pacjentów, których oczekiwaniom ze względu na ograniczenia systemowe nie zawsze są w stanie sprostać. Dochodzi do konfliktów, które nie pozostają bez wpływu na relacje lekarza z pacjentem lub placówką, w której jest leczony, oraz jakość tego leczenia. Do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w ciągu roku wpływa średnio 3 tys. spraw dotyczących

różnego rodzaju konfliktów. W 2021 r. wystawili oni 430 wniosków o ukaranie. Liczba spraw skierowanych do mediacji w latach 2010-2021 wygląda na tym tle bardzo skromnie. Z ramienia OROZ do mediacji trafiło 105 spraw, a ze strony okręgowych sądów lekarskich – 30. Te konflikty dotyczą także sporów wśród personelu medycznego.

Biuro Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej NIL zorganizowało 25 listopada konferencję szkoleniową w formie warsztatów dla mediatorów z izb okręgowych. Dr n. praw. Paulina Tomaszewska z kancelarii NROZ przytoczyła kilka spektakularnych przykładów spraw, które prowadzili. Jedna z nich dotyczy skargi złożonej do OROZ przez

lekarza na ordynatora oddziału, w którym obaj pracują. Zdaniem lekarza przełożony krytykował jego pracę bez konkretnych merytorycznych przesłanek, a ta krytyka przybrała postać nękania. Konflikt trwał kilka lat, a ponieważ ordynator i jego podwładny pracowali na tej samej sali operacyjnej, ich relacja rzutowała na pracę całego zespołu. Kiedy rzecznik skierował sprawę do mediacji, trudno było przewidzieć jej finał, ponieważ konflikt był zaciekle i przybierał na sile. Jednak starania mediatora nie poszły na marne, doszło do zawarcia ugody, co z ulgą przyjęli również współpracownicy. – Ta sprawa to przykład, że można zdystansować się od zaistniałej sytuacji, załatwić ją polubownie, ale też utrzymać stan poprawnej relacji w przyszłości – przekonuje Paulina Tomaszewska.

Inny charakter miał konflikt dotyczący lekarza, który wypowiadając się publicznie w telewizji, negatywnie oceniał pracę swoich kolegów. Krytyka dotyczyła zaniedbań ze strony personelu medycznego, które u pacjenta doprowadziły do odleżyn. Członkowie zespołu opiekującego się tym chorym złożyli skargę do OROZ na nieetyczne zachowanie kolegi po fachu. Rzecznik skierował sprawę do mediatora. Obwiniony lekarz tłumaczył, że jego zachowanie było spontaniczne i nie miało na celu oskarżania czy obrażania lekarzy pracujących w tej placówce, a jego wypowiedzi ukazały się bez autoryzacji. Podczas mediacji wyszło na jaw, że pacjent trafił do szpitala już z odleżynami, o czym dyskredytujący pracę personelu medycznego nie wiedział i był skłonny przeprosić kolegów. Mediator doprowadził do ugody, w wyniku której postanowiono, że w biuletynie izby lekarskiej, której członkiem jest obwiniony lekarz, zostaną zamieszczone przeprosiny i wyjaśnienie, że jego intencją nie było dyskredytowanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.

ZA MAŁO MEDIACJI

Jednak takich satysfakcjonujących zakończeń jest zdecydowanie za mało w stosunku do liczby spraw trafiających do organów odpowiedzialności zawodowej. Okazuje się, że przyczyny tkwią m.in. w braku możliwości mediacji na wcześniejszym etapie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, braku możliwości umorzenia postępowania, jeżeli lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji

i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, a także z faktu, że mediatorem w izbie lekarskiej może być tylko lekarz. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, sędziowie lekarscy i mediatorzy są zgodni, że konieczne są zmiany w tym zakresie.

Propozycje tych zmian dotyczą więc umożliwienia prowadzenia mediacji na wcześniejszym etapie postępowania, wprowadzenia opcji umorzenia postępowania, jeżeli lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzonej krzywdzie, a także dopuszczenia do pełnienia funkcji mediatora w izbie lekarskiej nie tylko lekarza, ale i osoby niebędącej lekarzem. Zbigniew Kuzyszyn, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej obecnej kadencji samorządu lekarskiego podpisuje się pod tymi postulatami i podkreśla, że położenie większego nacisku na kierowanie spraw do mediacji już na etapie postępowania wyjaśniającego pozwoliłoby udrożnić system orzekania przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej, a także skrócić czas zapadających rozstrzygnięć w toczących się sprawach.

Piotr Winciunas, sędzia Naczelny Sądu Lekarskiego, mówiąc o mediacji na etapie postępowania przed sądem lekarskim z perspektywy NSL, zwrócił uwagę, że obecnie obowiązujące przepisy ustawy o izbach lekarskich nie przewidują wprost skutków zawarcia ugody na drodze mediacji. Nie dają podstawy do umorzenia postępowania w związku z zawartą przed mediatorem ugodą, a jedynie ewentualnie prowadzą do złagodzenia kary orzeczonej przez sąd lekarski w sytuacji pozytywnych wyników przeprowadzonej mediacji. Zasygnalizował także, że systematycznie rośnie liczba skarg wobec lekarzy skierowanych do organów odpowiedzialności zawodowej i trzeba pamiętać, że sprawy te często poprzedzają spór cywilny pacjenta z medykiem, ewentualnie toczą się z nim równolegle.

DOBROWOLNOŚĆ I POUFNOŚĆ, BEZSTRONNOŚĆ I NEUTRALNOŚĆ

Z definicji mediacje to postępowania dobrowolne, poufne, bezstronne i neutralne. Uczestnicząca w konferencji radca

prawny dr Katarzyna Antolak-Szymanski wyjaśnia, że terminy te determinują sposób działania w mediacjach. Dobrowolność oznacza, że strony mogą, ale nie muszą zgodzić się na ten sposób rozstrzygnięcia sporu. Nie można też wywierać na stronach presji ani jakichkolwiek innych form nacisku. Na każdym etapie mediacji strony mogą odmówić dalszego w niej udziału bez podawania przyczyn. Zasada dobrowolności odnosi się także do wyrażenia zgody na zawarcie ugody o określonej treści. Jednym słowem chodzi o to, aby strony postępowania miały poczucie, że same decydują o tym, jak ma przebiegać proces mediacyjny, same dążą do porozumienia w celu rozwiązania sporu, a mediator ma im to tylko ułatwić.

Mediacje obowiązują też poufność, co oznacza, że wszystkie sprawy i informacje przekazane podczas spotkania mediacyjnego objęte są tajemnicą. Mediator nie może zostać przesłuchany w charakterze świadka, nie może zeznać, czego dowiedział się od pokrzywdzonego lub obwinionego, jest także zobowiązany dochować tajemnicy na temat faktów, o których

usłyszał w związku z prowadzeniem mediacji. Z przebiegu mediacji sporządza sprawozdanie, które – zgodnie z art. 113 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich – stanowi załącznik do akt sprawy (zgodnie z zasadą poufności).

Mediacje cechują także bezstronność i neutralność. Mediator powinien być niezawisły przy prowadzeniu mediacji i jednocześnie zobowiązany do wyjawienia stronom wszystkich okoliczności, które mogłyby wzbudzić co do tego wątpliwości. Powinien też zachować neutralność wobec przedmiotu sporu (nie narzucać stronom własnych rozwiązań, nawet jeśli według niego byłyby one dla nich najkorzystniejsze). – W polskich realiach postępowania mediacyjne nie zawsze są prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w definicji, czasem mogą być mylone z innymi postępowaniami, np. pojednawczymi. Dobrowolność, poufność, bezstronność i neutralność są fundamentem mediacji, dlatego bezwzględnie muszą być niezmiennie i takimi pozostać nie tylko na papierze – konkluduje Katarzyna Antolak-Szymanski.

Wszystkie sprawy i informacje przekazane podczas spotkania mediacyjnego objęte są tajemnicą.

NIE JEDEN, A KILKU MEDIATORÓW

O mediacjach zaczęto mówić w samorządzie lekarskim w 2010 r., kiedy weszła w życie nowa ustawa o izbach lekarskich, w której zapisy o postępowaniu polubownym zastąpiono postępowaniem mediacyjnym. Jolanta Orłowska-Heitzman, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w latach 2006-2014, a w obecnej kadencji mediator OIL w Krakowie, zauważa, że mediacje to wciąż młody twór samorządu lekarskiego, który trzeba doskonalić. Uważa, że potrzebna jest edukacja w tym zakresie, zarówno wśród samych mediatorów, jak i środowiska (wielu lekarzy i lekarzy dentystów nie wie, że istnieje możliwość zażegnania sporów poprzez mediacje). Dostrzega też potrzebę utworzenia przy NIL ośrodka mediacyjnego, który mógłby w instytucjonalny i systemowy sposób rozwiązywać problemy związane z wykonywaniem tej funkcji, np. opracowywać projekty zmian w prawie regulujące sprawy prowadzenia mediacji.

Jolanta Orłowska-Heitzman odniosła się też do zasady bezstronności, co do której strony sporu mają czasem wątpliwości w związku z tym, że zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami mediatorem w izbie lekarskiej może być wyłącznie lekarz lub lekarz dentysta. Rada lekarska wybiera na okres jednej kadencji godnego zaufania lekarza, który pełni w izbie lekarskiej tę funkcję. Mediatorzy są powołani w większości izb, są to osoby doświadczone, np. w przeszłości przez wiele lat działały w pionie rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sądów lekarskich. Jednak w odczuciu społecznym jeden mediator, w dodatku lekarz, to za mało. Marzena Plucińska, mediator NIL w obecnej kadencji, jest zdania,

***Ta forma
rozstrzygania
sporów ma
ogromny
potencjał.***

że powinno się dążyć do tego, aby w postępowaniu mediacyjnym można było angażować więcej niż jednego mediatora. – Chodzi o to, aby strony miały wybór, np. w sytuacji, kiedy nie do końca są przekonane do mediatora wyznaczonego przez izbę, można było sięgnąć po mediatora z innej izby, czy wesprzeć się mediatorem profesjonalnym – zaznacza Marzena Plucińska i dodaje, że zrodził się pomysł organizowania szkoleń dla profesjonalnych mediatorów w izbie, które kończyłyby się certyfikatem upoważniającym do pełnoprawnego używania tego tytułu.

WYKORZYSTAĆ POTENCJAŁ

Adwokat dr Agnieszka Zemke-Górecka zwróciła uwagę, jak ważny jest udział pełnomocników w mediacji. Przestrzegła jednocześnie, by mediacji z ich udziałem nie mylić z negocjacjami, co niestety się zdarza. Podkreśliła też znaczenie współpracy pomiędzy pełnomocnikiem a mediatorem. Z założenia mediator jest bezstronny i neutralny, pełnomocnik broni interesów reprezentowanej strony, mają więc odmienne role do spełnienia, jednak

pełnomocnik powinien występować jako osoba wspierająca mediatora. Mediacja ma udrożnić komunikację między stronami, ale niestety bywa, że pełnomocnik zamiast w tym pomagać, przeszkadza.

Jakub Trynka, mediator z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu zastrzega, że wprawdzie funkcję mediatora pełni dopiero jedna kadencja, to jest przekonany, że ta forma rozstrzygania sporów ma ogromny potencjał. – W Szwecji 80 proc. sporów między lekarzami i pacjentami oraz placówkami medycznymi rozstrzyga się poprzez mediacje. Wierzę, że za sprawą zaangażowania samorządu lekarskiego w naszym kraju będzie podobnie – mówi Jakub Trynka. Uważa, że korzyści

wynikające z tej formy rozstrzygania sporów są słabo nagłaśniane, także poza środowiskiem lekarskim, i należy to zmienić.

Lekarz dentysta Urszula Buszko, mediator ds. stomatologii ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach podkreśla, że w stomatologii spory najczęściej odnoszą się do błędów popełnionych podczas leczenia i roszczeń, jakich z tego tytułu domagają się poszkodowani pacjenci. Dotyczą one przeważnie usług komercyjnych, rzadko świadczeń wykonywanych na NFZ. – W sporach tych najczęściej chodzi o zadośćuczynienie finansowe, co zawsze jest trudne, ale w sprawach, które prowadziłam, dochodziło do ugody, obie strony były usatysfakcjonowane i udało się uniknąć interwencji rzecznika odpowiedzialności zawodowej – tłumaczy Urszula Buszko.

Mirosław Borek, psycholog i trener biznesu, przekonywał, jak ważne są kompetencje miękkie mediatorów, jaki tkwi w nich potencjał i zachęcał, by szkolili się w tym kierunku. – Mediator musi umieć oddzielić ludzi od problemu, a do tego potrzebne są zdolności osobiste i interpersonalne. Postępowanie mediacyjne wymaga od mediatora wysokich kompetencji osobistych i społecznych, m.in. empatii, co przekłada się na sposób postępowania mediacyjnego – wyjaśnia Mirosław Borek. Kompetencje miękkie dają umiejętność prowadzenia dialogu ze stronami sporu w taki sposób, aby poczuły się dowartościowane i wyraziły chęć do wypowiedziania się na tematy trudne, otwarcia na wzajemną komunikację, przełamania lęków i barier w rozmowie z drugą stroną. To dowartościowanie może wpłynąć na polepszenie samopoczucia skonfliktowanych stron oraz rozładowanie napięcia emocjonalnego, co ułatwia mediatorowi jego pracę i przybliża do osiągnięcia ugody. ■■■

Mediator NIL kontakt:

dr Marzena Plucińska

tel. 502 403 045

e-mail: marzena.plucinska@nil.org.pl

(lista mediatorów OIL w portalu www.gazetalekarska.pl)

SKARB WART WIĘCEJ NIŻ ZŁOTO – EUROPEJSKA PRZESTRZEŃ DANYCH MEDYCZNYCH!

Pewnie nie raz każdy z nas słyszał już, że informacje w dzisiejszych czasach są warte więcej niż złoto lub ropa. W szczególności w kontekście danych wrażliwych, takich jak nasze dane medyczne, może brzmieć to intrygująco, ale zarazem przerażająco.

Jakub Chwiećko Lider innowacji w EIT Health InnoStars, szef grupy roboczej ds. start-upów NIL IN



Jakie zmiany w kwestii danych medycznych szykuje nam w najbliższych latach Unia Europejska? Jakie korzyści się z tym wiążą oraz jakie wyzwania stoją przed nami we wprowadzaniu nowych regulacji?

Niniejszy artykuł jest analizą oficjalnych dokumentów europejskich oraz raportów EIT Health, które od początku wdrażania EHDS (European Health Data Space) aktywnie uczestniczy w procesie tworzenia oraz regulacji w/w przestrzeni.

EHDS W PRAKTYCE

European Health Data Space to pierwsza przestrzeń danych, którą planuje stworzyć

Komisja Europejska. Głównym celem regulacji ma być wspieranie kultury opartej na danych w Europie, szerszy i bardziej ustrukturyzowany dostęp do danych oraz ich wykorzystanie. Stworzenie europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia to jeden z priorytetów Komisji Europejskiej na lata 2019-2025.

Pandemia COVID-19, a także przykład unijnego certyfikatu, który powstał od podstaw w ciągu kilku miesięcy i pozwolił na szybszą rekonwalescencję po pierwszej fazie pandemii, umożliwiając niezakłócone podróżowanie, udział w zgromadzeniach publicznych itp., pokazały, jak ważna jest wymiana danych oraz europejska kolaboracja.

Zgodnie z RODO dane dotyczące zdrowia należą do pacjentów – powinni mieć do nich swobodny dostęp. Niestety obecnie nie jest to takie proste. Rozporządzenie EHDS usunie te przeszkody. Oprócz RODO inne istotne akty prawne regulujące tę przestrzeń to m.in. ustawa o zarządzaniu danymi, rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa cybernetycznego, rozporządzenie w sprawie sztucznej inteligencji, rozporządzenie w sprawie urządzeń medycznych oraz unijne ramy bezpieczeństwa cybernetycznego.

Projekt rozporządzenia EHDS opiera się na trzech filarach:

- pierwotne wykorzystanie danych (do świadczenia opieki zdrowotnej),

- wtórne wykorzystanie danych (do celów takich jak wspieranie zdrowia publicznego, badań naukowych, innowacji, kształtowania polityki, statystyki publicznej, bezpieczeństwa pacjentów lub działań regulacyjnych),
- certyfikacji cyfrowych urzędów medycznych (DMD), aby stały się produktami refundowanymi w systemach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(inne zastosowania i korzyści dot. EHDS można znaleźć w tabeli 1)

Wykorzystanie danych w najprostszy sposób można zobrazować np. dzięki dostępowi do nich przez pracowników ochrony zdrowia podczas niespodziewanej wizyty u lekarza/ w placówce medycznej podczas wakacji. Transgraniczny dostęp sprawi, że podróże będą wygodniejsze i bezpieczniejsze w nagłych przypadkach lub gdy pacjenci będą szukać leczenia w innych krajach. Pacjenci będą mieli również lepszą kontrolę nad swoją dokumentacją medyczną, mogąc sprawdzić, kto, kiedy i dlaczego.

BEZPIECZEŃSTWO INFORMACJI

EHDS powinien zapewniać zaufany mechanizm dostępu do danych dla świadczeniodawców, naukowców i decydentów politycznych, a także kanał, w którym pacjenci mogą udzielać dostępu do swoich danych zdrowotnych poprzez altruizm danych.

Jednym z głównych wyzwań dla skutecznego zarządzania w zakresie wykorzystywania danych jest dostosowanie zmieniających się i niejednoznacznych ról. Obecne ramy zarządzania w Europie, mające zastosowanie do wykorzystywania danych dotyczących zdrowia, są w dużej mierze określone przez RODO. Wpływ na to ma jednak również szeroki zakres przepisów krajowych obejmujących ogólne kwestie ochrony danych, jak również kwestie specyficzne dla sektora opieki zdrowotnej. W niektórych krajach zasady te istnieją zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym lub stanowym (inne wybrane zagadnienia związane z wyzwaniami, które przed nami stoją, można znaleźć w tabeli 2).

KLUCZEM JEST INTEGRACJA

Aby świadczeniodawca mógł korzystać z rozwiązania cyfrowego, potrzebuje pewności co do jakości danych pochodzących od innych partnerów, które zostaną zintegrowane z systemem, oraz sprawdzenia progów jakości dla każdego elementu danych. Obecnie sytuacja wygląda jak na otwierającym obrazku – zamiast jednego spójnego systemu, który działa na naszą korzyść, mamy setki rozczłonkowanych zbiorów, które nie są ze sobą w żaden sposób zintegrowane.

Health Data Space wraz z prawami RODO zapewnią nam większą kontrolę nad danymi zdrowotnymi. Będziemy mieć natychmiastowy i bezpłatny dostęp do takich danych jak karty pacjentów, e-recepty, obrazy i raporty obrazowe, wyniki badań laboratoryjnych i raporty wypisowe w wystandaryzowanym europejskim formacie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej.

Jak widać, EHDS to szereg możliwości, ale też wyzwań. Regulacja kształtuje się na naszych oczach, a zdanie wszystkich uczestników wymiany danych jest równie ważne. Dlatego zapraszamy do Naczelnej Izby Lekarskiej 13 grudnia o godz. 16.00 na spotkanie Innovation Network, gdzie będziemy dyskutować nad wyzwaniami, które stoją przed naszym środowiskiem w najbliższym czasie.



KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z WDROŻENIA EHDS

DLA OBYWATELA:

- kontrola nad danymi
- natychmiastowy dostęp do swoich danych
- możliwość udostępnienia danych lekarzowi za granicą
- możliwość nadawania uprawnień według potrzeby
- dostęp do danych we wspólnym europejskim formacie
- zapewnione bezpieczeństwo i prywatność

DLA PRACOWNIKA:

- szybszy dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta, także za granicą
- łatwiejszy dostęp do dokumentacji medycznej z różnych systemów

DLA BADACZA:

- dostęp do dużej ilości danych zdrowotnych wyższej jakości, w celu prowadzenia badań
- wiedza, jakie dane są dostępne, gdzie i jakiej jakości
- dostęp do danych taniej i efektywniej

DLA ORGANÓW REGULACYJNYCH I DECYDENTÓW:

- łatwiejszy, bardziej przejrzysty i mniej kosztowny dostęp do danych zdrowotnych, w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów

DLA PRZEMYSŁU:

- łatwiejsze wejście na nowe rynki elektronicznej dokumentacji medycznej w innych państwach członkowskich
- dostępność zanonimizowanych elektronicznych danych dotyczących zdrowia, co umożliwi wykorzystanie danych do celów innowacyjnych

Naukowcy, przemysł lub instytucje publiczne będą miały dostęp do danych dotyczących zdrowia wyłącznie w określonych naukowych celach. Badacz, przemysł lub instytucja publiczna mogą uzyskać dostęp wyłącznie do danych zanonimizowanych. Dane mogą być dostępne i przetwarzane wyłącznie w zamkniętych, bezpiecznych środowiskach.

WYBRANE WYZWANIA WDRAŻANIA WSPÓLNEGO STANDARDU DOSTĘPU DO DANYCH:

- prawa obywatelskie
- zgoda na wykorzystanie danych
- jakość i bezpieczeństwo danych
- krajowe systemy prawne
- złożoność prawna
- ponowne wykorzystanie danych do badań
- budowanie zaufania pacjentów i opiekunów
- stabilność regulacyjna dla świadczeniodawców
- interoperacyjność danych
- interoperacyjność procesów
- odpowiedzialność za decyzje kliniczne

Referencje:

Polish EIT Health InnoStars Partners' roundtable on the European Health Data Space (22 września 2022, Warszawa)

EIT Health Think Tank Learning from health data use cases Real-world challenges and enablers to the creation of the European Health Data Space EHDS European Health Data Space (europa.eu)

Dokument „Europejska przestrzeń danych dotyczących zdrowia 2021. Status adaptacji rozwiązań wspierających zbieranie, przetwarzanie i analizę danych medycznych w Polsce w kontekście strategicznych polityk krajowych i europejskich”



DOBRA TECHNOLOGIA MUSI ROZUMIEĆ LEKARZA

W jaki sposób tworzyć rozwiązania cyfrowe, aby wspierały ochronę zdrowia, a jednocześnie były przyjazne w użytkowaniu? Jak ważne jest zaangażowanie lekarzy w ten proces?

Lidia Sulikowska dziennikarz

W technologii drzemie ogromny potencjał do wykorzystania w medycynie, ale utworzenie konkretnego produktu cyfrowego, który faktycznie będzie wspomagać pracę lekarza, a nie stanowić przysłowiową „kulę u nogi”, nie jest proste. Co warunkuje sukces w tej materii? Odpowiedzi na to pytanie szukali uczestnicy spotkania pt. „Aplikacje w pracy klinicznej” zorganizowanego w połowie listopada przez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej w ramach Sieci Innowatorów NIL IN.

WSPÓŁPRACA I KOMUNIKACJA

Zaproszony na to wydarzenie Andrzej Sarnowski, dyrektor Pionu Rozwoju SIM i Wdrożeń w Centrum e-Zdrowia, mówił o dotychczasowych doświadczeniach i finalnych korzyściach, jakie jego zdaniem dają e-usługi wprowadzane przez CeZ (m.in. e-recepty, e-skierowania, EDM, rejestry dziedziczne etc.). Wśród nich wymienił m.in. optymalizację czasu pracy lekarza, zmniejszenie obciążeń administracyjnych, szybszy dostęp do danych medycznych pacjenta, obniżenie kosztów leczenia i poprawę jego efektywności, a także wsparcie procesu diagnostyki oraz profilaktyki. Obecni na konferencji przedstawiciele firm komercyjnych zajmujących się tworzeniem systemów EHR (electronic health records) w placówkach medycznych, podkreślali, że możliwość uczestnictwa podmiotów prywatnych w tym rynku jest kluczowa, bo tylko zdrowa konkurencja wymusza powstanie

najlepszych rozwiązań, dostosowanych do poszczególnych odbiorców. W końcu czego innego potrzebuje duży szpital, inne wymagania ma przychodnia, a jeszcze inne – indywidualna praktyka lekarska.

IDENTYFIKACJA POTRZEB

Jak stworzyć aplikację, której będą chcieli używać lekarze? Zdaniem Igora Farafonowa, CEO z firmy technologicznej Uxeria projektującej rozwiązania cyfrowe m.in. dla korporacji medycznych, kluczem do sukcesu jest tworzenie produktów w oparciu o wiedzę o ich przyszłych użytkownikach. Podczas spotkania w COBIK NIL tłumaczył, że odbiorca końcowy, w tym przypadku lekarz, musi zrozumieć, po co mu się daną technologię oferuje. Musi też widzieć korzyści z wdrożenia danego rozwiązania, ale aby je dostrzec i zdefiniować, potrzebny jest dialog pomiędzy medykami a twórcą oprogramowania. Tylko tak można zbudować narzędzie cyfrowe, które da lekarzowi rzeczywiste wsparcie. – Technologia musi rozumieć człowieka – mówił Igor Farafonow, i przedstawił przykład klienta, który chciał w swojej placówce medycznej zrezygnować z ręcznego zapisywania danych na tablicy zawieszanej przy łóżku chorego na rzecz tabletów do wprowadzania tych informacji w formie cyfrowej. Personel był wrogo nastawiony do tego pomysłu, bo widział w nim same wady (ciągłe noszenie urządzenia przy sobie, pamiętanie o jego naładowaniu etc.). Co zrobić w takiej sytuacji? Ekspert wyjaśniał, że można wdrożyć rozwiązanie na siłę, wzbudzając niezadowolone wśród użytkowników,

albo sprawić, by z chęcią z niego korzystali. Jednak, aby tak się zadziało, trzeba dostrzec potrzeby odbiorcy końcowego. W tym przypadku lekarzom zaoferowano system, który mógł dokonać analizy ewaluacji w czasie zapisywanych danych i prezentować je np. w postaci wykresów. Zapragnęli mieć takie rozwiązanie, nawet za cenę noszenia przy sobie tableta. Technologia stała się ich przyjacielem, bo dała im dodatkową wartość. Dobrze jest o tym pamiętać przy wprowadzaniu rozwiązań cyfrowych w placówce medycznej.

DOBRE NARZĘDZIE RODZI SIĘ W BÓLACH

W ocenie Joanny Drożdż-Gradzikiewicz, wiceprezes zarządu Commarch Healthcare, współpraca z lekarzami przy tworzeniu rozwiązań cyfrowych jest coraz lepsza. Zgadza się, że włączanie lekarzy w proces ich projektowania i walidacji jest ważne. Podkreśla też, że dobre narzędzie rodzi się w bólach, i wiadomo, że nie od razu będzie idealne.

Z kolei Paweł Kiec, dyrektor Działu Rozwiązań dla Świadczeniodawców w Asseco Poland, zwrócił uwagę, że kooperacja z lekarzami w tworzeniu e-rozwiązań bywa czasem trudna – problemem jest brak czasu po stronie medyków. Lekarze są przepracowani, przez co bywają niechętni do zaangażowania się w coś, co zabiera im cenny czas. Być może jednak warto go poświęcić, jeśli w zamian otrzyma się narzędzie, dzięki któremu będzie można mniej czasu poświęcać na pracę przy komputerze czy laptopie, a więcej na rozmowę z pacjentem.

Po co tkwić w Rejestrze Ukaranych Lekarzy?

Samorząd lekarski sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza. To konstytucyjne zadanie izby lekarskiej. Trzeba podkreślić, że zadanie to polega na całym szeregu wykonywanych od lat czynności.

Grzegorz Wrona *Sekretarz NRL*

Do najistotniejszych należy oczywiście uchwalanie Kodeksu Etyki Lekarskiej, promocja uchwalonych zasad w lekarskim środowisku i zachęcanie do ich przestrzegania. Kto wie, czy nie najistotniejszym jest podejmowanie decyzji o przyznaniu prawa wykonywania zawodu i wydaniu zgody na leczenie chorych. Z niepokojem obserwujemy polityczne decyzje przywracające zasady z lat minionych i wydawanie takich decyzji przez urzędnika. W dodatku ten urzędnik systematycznie przerzuca odpowiedzialność za błędy nieprzygotowanego do wykonywania zawodu na samorząd lekarski.

Trzecim elementem jest system bieżącej oceny i nakładanych kar za popełnione przewinienia lub prewencji poprzez system postanowień zapobiegawczych. Kary mające wpływ na wykonywanie zawodu może orzekać sąd lekarski. Powszechny sąd karny w wydawanych wyrokach może określać okresowy zakaz wykonywania zawodu lekarza, nazywany środkiem karnym. Środkami zapobiegawczymi są postanowienia sądów lekarskich o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu, postanowienia prokuratora lub sądu

***Ograniczenia,
zawieszenia i zakazy
wykonywania zawodu
widnieją przez okres ich
trwania w Centralnym
Rejestrze Lekarzy.
Są też eksportowane
do systemu IMI
(europejski mechanizm
ostrzegawczy).***

powszechnego o tymczasowym zakazie wykonywania zawodu, a także uchwały okręgowej rady lekarskiej o ograniczeniu lub zawieszeniu PWZ ze względu na stan zdrowia lub nieprzygotowanie zawodowe. Powyższe kary i środki zabezpieczające co do zasady wykonuje prezes okręgowej rady lekarskiej, a sposób ich wykonywania określił w rozporządzeniu z 2010 r. (!) minister właściwy do spraw zdrowia. Rozporządzenie jest obarczone wieloma wadami, o usunięciu których wielokrotnie prosili ministra prezes NRL i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Możliwe do

usunięcia uchybienia rozporządzenia umieszczono w uchwale NRL ze stycznia 2017 r.

Ograniczenia, zawieszenia i zakazy wykonywania zawodu widnieją przez okres ich trwania w Centralnym Rejestrze Lekarzy. Są też eksportowane do systemu IMI (europejski mechanizm ostrzegawczy).

Kary orzekane przez sądy lekarskie odnotowywane są w Rejestrze Ukaranych Lekarzy, a po okresie określonym w ustawie są usuwane. W tym rejestrze znajduje się 450 nieusuniętych adnotacji o orzeczonych przez sądy lekarskie karach pieniężnych. Adnotację o tej karze usuwa się po trzech latach od jej wykonania, czyli po wpłacie na konto organizacji pożytku publicznego. Sądy lekarskie dość często w dzisiejszych „ekonomicznych” czasach sięgają po tę karę. Niewykonanie tej kary w stosownym czasie tworzy dla lekarza podwójnie trudną sytuację: w rozumieniu prawa pozostaje przez cały czas jako karany lekarz, a po drugie - trwa w kolejnym przewinieniu zawodowym.

Warto zatem zachęcić wszystkich ukaranych karą pieniężną do przekazania samorządowi dowodu wpłaty orzeczonej kary, o ile nie zrobili tego dotychczas, aby wzmianka o tej karze została z rejestru usunięta.

WIL stawia na prawa lekarza

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przyjęła uchwałę, symbolicznie poświęcając rok 2023 prawom lekarza. Była to inicjatywa pełniącego w Wielkopolsce funkcję rzecznika praw lekarza Marcina Karolewskiego, który zapewnia, że za symboliką pójść konkrety: – Rok otworzymy konferencją prasową, zwracając uwagę opinii publicznej na niezwykle ważne dla nas zagadnienie, na to, że lekarz ma swoje prawa. Przy współpracy z Okręgową Radą Adwokacką w Poznaniu planujemy całoroczny cykl webinarów, a ich zwieńczeniem będzie zamykająca rok konferencja



naukowa. Edukację będziemy prowadzić też za pośrednictwem naszych mediów oraz bezpośrednio, chociażby poprzez

spotkania w delegaturach – zapowiada Marcin Karolewski.

Dzięki współpracy z samorządem adwokatów opracowywany jest także program zapewnienia opieki prawnej lekarzom wzywany na pierwsze przesłuchanie, a uchwałą rady okręgowej powołana została już do życia Kancelaria Rzecznika Praw Lekarza. – Mówimy o bardzo szeroko zakrojonym i bardzo potrzebnym projekcie. Każdy wie o prawach pacjenta, musimy mówić głośno też o prawach medyków, te kwestie w żadnym momencie nie idą ze sobą w sprzeczności – dodaje prezes ORL WIL dr Krzysztof Kordel.

O PRACY POCZĄTKUJĄCEGO LEKARZA

Początki pracy w zawodzie lekarza bywają trudne. Dlatego Komisja ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie prowadzi cykliczne szkolenia, podczas których przybliżane są wybrane aspekty praktyczne dotyczące pracy początkującego lekarza. Tegoroczna konferencja odbyła się w Poroninie w dniach 18-20 listopada, a wzięło w niej udział 130 osób. Jak informuje Agata Dynkiewicz, przewodnicząca komisji, było wiele ciekawych prelekcji, m.in. dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej, rozliczeń podatkowych w zakresie praktyki lekarskiej, problemów związanych z odpowiedzialnością cywilną lekarzy, bezpieczeństwem leczenia, ale też praktycznych zasad pracy w POZ. Kolejne szkolenie ma odbyć się na wiosnę 2023 r.

Cykl rozmów o lecnictwie otwartym

„Psychiatria środowiskowa a lekarz rodzinny” – to temat kolejnego spotkania, które odbyło się online oraz w siedzibie Lubelskiej Izby Lekarskiej w ramach cyklu zorganizowanego przez komisję ds. leczenia otwartego tej izby. Uczestnicy dyskutowali m.in. o tym, jak powinny działać tworzone centra zdrowia psychicznego. Wcześniejsze spotkania, wrześniowe i październikowe, dotyczyły EDM i COVID-19.

Pomoc prawna w Gorzowie Wlkp.

Od 1 listopada członkowie OIL w Gorzowie Wielkopolskim mogą korzystać z porad prawnych w zakresie spraw związanych z wykonywaniem zawodu lekarza/lekarza dentysty, a także dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej – czytamy na stronie internetowej izby. Tam też znajdują szczegółowe informacje techniczne wyjaśniające, w jaki sposób można otrzymać wsparcie prawne udzielane przez OIL.

Słowo jest lekarstwem

W dniach 17-18 listopada odbyła się we Wrocławiu ogólnopolska konferencja naukowa zorganizowana przez Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej UW w współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską. „Medycyna narracyjna a komunikacja w sytuacjach granicznych oraz trudnych” – to temat tego spotkania. Inicjatorem konferencji był prof. Aleksander Woźny, kierownik Zakładu Medioznawstwa w Instytucie Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej UW. Profesor Woźny od lat stara się upowszechniać

wciąż mało znaną medycynę narracyjną. Czym jest medycyna narracyjna? Jakich pytań boją się najbardziej lekarze? Jak wyjaśnić pacjentowi istotę skomplikowanych terminów? Dlaczego ważna jest humanizacja medycyny? Dlaczego opowiadanie historii jest istotą bycia dobrym lekarzem? To tylko niektóre z pytań, na jakie odpowiedzi szukali uczestnicy spotkania. Pełna relacja z wydarzenia autorstwa Zdzisławy Michalskiej w najnowszym numerze „Medium”, biuletynu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Reaktywacja zebrań lekarzy rodzinnych

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku powraca do tradycji otwartych spotkań lekarzy rodzinnych (wcześniej przerwa spowodowana była pandemią COVID-19). Co miesiąc (w pierwsze czwartki miesiąca) w siedzibie izby będą się one odbywać cyklicznie. Na spotkania

zaprasza komisja ds. lekarzy rodzinnych białostockiej izby wspólnie z Podlaskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Podczas zebrań uczestnicy rozmawiają o bieżących problemach dotyczących lekarza praktykującego w ramach POZ.

Archiwalia poszukiwane!



MUZEUM HISTORII MEDYCyny I FARMACJI
Śląskie Izby Lekarskiej

JEŻELI SĄ PAŃSTWO W POSIADANIU ARTEFAKTÓW ORAZ WSZELKICH DOKUMENTÓW O WALORACH HISTORYCZNYCH I CHCELIBYŚCIE JE PRZEKAZAĆ DO ZASOBÓW OŚRODKA DOKUMENTACJI HISTORYCZNEJ ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ PROSIMY O KONTAKT TELEFONICZNY LUB MAILOWY

• 32 60 44 287
• ODH@IZBA-LEKARSKA.ORG.PL

ZBIERAMY ARCHIWALIA!
artefakty • zdjęcia • dokumenty • wydawnictwa
kroniki • pamiątki po zasłużonych lekarzach

Ośrodek Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej zbiera archiwalia dokumentujące dzieje medycyny i farmacji. Ośrodek z chęcią przyjmie artefakty, zdjęcia, wycinki prasowe, kroniki, a także dokumenty o walorach historycznych. Obecnie kolekcja ośrodka liczy ponad 1600 różnego typu eksponatów, w tym m.in. pamiątkowe medale, plakietki i znaczki z różnych zjazdów lekarzy oraz dokumenty: stare fotografie, pocztówki, książki, przedwojenne reklamy i dokumenty osobowe wybitnych postaci ze świata medycyny. Zbiory pochodzą od darczyńców (głównie lekarzy i lekarzy dentystów lub zostały zakupione na aukcjach internetowych i w antykwariatach) i są prezentowane w powstałym niedawno w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej Muzeum Historii Medycyny i Farmacji – jedynym tego typu muzeum utworzonym przez struktury samorządu lekarskiego.

Zaktualizuj dane w izbie

Okręgowe izby lekarskie przypominają o ustawowym obowiązku aktualizacji danych w prowadzonych okręgowych rejestrach lekarzy i lekarzy dentystów. Lekarz/lekarz dentysta musi powiadomić izbę, której jest członkiem, m.in. o zmianie adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej, uzyskaniu stopnia/tytułu naukowego, zaprzestaniu wykonywania zawodu na terenie Polski, przejściu na emeryturę lub rentę etc. (pełny zakres danych wymagających aktualizacji wymieniony jest w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich).

Kto otrzymał statuetkę św. Apolonii?

Znany tegorocznego laureata nagrody przyznawanej przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie dla osób, firm, organizacji oraz instytucji, które w sposób szczególnie zasłużyły się środowisku lekarzy dentystów warszawskiej izby. Statuetka św. Apolonii, bo o niej mowa, trafiła w ręce Mirosława Stańczyka, redaktora naczelnego serwisu infodent24.pl. Gratulujemy.

NOŚMY ODBŁASKI

Okręgowa Rada Lekarska w Łodzi chce, aby, na ile to możliwe, rozszerzono obecnie obowiązujące przepisy dotyczące używania świateł/kamizelek odbłaskowych/odbłasków na odzieży przez pieszych i innych użytkowników dróg publicznych (np. rowerzystów) poruszających się po zmroku, także w terenie zabudowanym. Jak podkreśla łódzka ORL w apelu z 29 listopada, wypadki komunikacyjne spowodowane słabą widocznością takich osób często prowadzą do wielonarządowych, skomplikowanych urazów, a nawet śmierci. Tych tragedii można uniknąć.

MEDYCYNAPALIATYWNA

W połowie października w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie dyskutowano o praktyce związanej z opieką paliatywną, w tym m.in. poprawie kontroli bólu czy leczeniu ran nowotworowych. Konferencja pt. „I Rzeszowskie Spotkanie z Medycyną Paliatywną” została zorganizowana przez Vitares Hospicjum Domowe oraz Kliniczny Oddział Opieki Paliatywno-Hospicyjnej przy WSPR Rzeszów. Frekwencja dopisała – w wydarzeniu uczestniczyło ok. 100 osób, w tym lekarze specjaliści medycyny paliatywnej i innych dziedzin medycznych, a także pielęgniarki, psycholodzy, opiekunowie medyczni i rehabilitanci.

OŚRODEK SZKOLENIOWY NA SPRZEDAŻ

Okręgowa Rada Lekarska w Białymstoku informuje o sprzedaży Ośrodka Konferencyjno-Szkoleniowego położonego w Turośni Kościelnej. Budynek posiada salę konferencyjną na ok. 200 miejsc, salę seminarną na ok. 50 miejsc, 24 pokoje hotelowe, jest też zaplecze kuchenne oraz recepcja.

NIEPRZEKONUJĄCA EKWILIBRYSTYKA

„Lekarzu, oczekuj od swojej izby” – wzywa prezes NRL kol. Łukasz Jankowski w listopadowym numerze „Gazety Lekarskiej”. Pod tym tytułem snuje refleksje wokół stuprocentowego wzrostu składki. Ten sam tekst wcześniej ukazał się na facebookowym profilu NIL, a komentarze pod nim do przychylnych nie należały. Mimo ekwilibrystyki wywodu, argumenty autora – jak się wydaje – czytelników nie przekonały. Do tej grupy zaliczam również siebie.

Prof. **Andrzej Matyja**

Autor na wstępie pisze, że kilka lat temu izby kojarzyły mu się z aktywnością skupioną na balach dla działaczy czy wycieczkach dla wtajemniczonych. Nurtuje mnie więc pytanie, jakie fakty te skojarzenia wywoływały i skoro kolega Jankowski z taką żarliwością nawołuje, by lekarze jasno formułowali oczekiwania wobec swoich izb, to co wtedy zrobił z tą wiedzą, czy duch samorządowca skłonił go do działania i jakiego?

Moje doświadczenia jako prezesa NRL VIII kadencji są takie, że Naczelna Komisja Rewizyjna bardzo skrupulatnie sprawdzała wszystkie wydatki, szczegółowo odpytywała osoby odpowiedzialne za poszczególne pozycje budżetowe. Nie sądzę, aby wcześniej było inaczej. Również na poziomie izb okręgowych.

Mówienie o aktywności skupionej na balach dla działaczy i wycieczkach dla wtajemniczonych można potraktować jako nadużycie, chyba że autor tych słów ma na myśli np. nocne „wycieczki” na lotnisko w Poznaniu, gdy odbieraliśmy transport środków ochrony osobistej sprowadzonych na początku pandemii, albo „bal” w postaci pospiesznie pitej kawy i herbaty i towarzyszącą temu nieskrywaną radość, że dzięki ludziom dobrej woli udało się.

A może atrakcyjnymi wycieczkami były liczne wizyty w Ministerstwie Zdrowia, Sejmie, Senacie, w Sądzie Najwyższym, u Rzecznika Praw Obywatelskich, u Rzecznika Praw Pacjenta czy w innych instytucjach, które odbywali członkowie PNRL, by walczyć o sprawy naszego środowiska w interesie publicznym?

Idźmy dalej... Jeśli złe skojarzenia, o których pisze autor, znalazły potwierdzenie obecnie, to dlaczego doszło do stuprocentowej podwyżki składki i zwiększenia odpisu na okręgowe izby? Wystarczyło ukrócić kosztowne praktyki, a nie zwiększać budżet, skoro był niefrasobliwie wykorzystywany.

O finansach najwięcej wie Grzegorz Mazur, wieloletni skarbnik NRL, wybrany również na obecną kadencję, który – podobnie jak piszący te słowa – znany jest z tego, że ma „węża w kieszeni”. O skali zagranicznych „wojaży” w minionej kadencji może też opowiedzieć Wojciech Domka, kierujący ośrodkiem współpracy zagranicznej poprzedniej i obecnej kadencji. Czyżby milczenie obu kolegów oznaczało aprobatę dla opinii obecnego prezesa NRL? Ciekawe, co na ten temat myślą koleżanki i koledzy wchodzący w skład wcześniejszych władz.

Zdecydowana większość członków NRL VIII kadencji nie poparła zgłoszonej na jej ostatnim posiedzeniu propozycji wzrostu składki (wtedy mówiło się o znacznie mniejszym skoku, bo do 80, najwyżej 100 zł, nawet z propozycją zwolnienia dla emerytów). Zwracano uwagę, że zdecydowana większość izb okręgowych miała pokaźne oszczędności i nie było problemów z ograniczaniem ich działalności z powodu braku środków. Jeśli wskazywano jakieś ewentualne zagrożenia w przyszłości, to mogły się pojawić w mniejszych izbach, w związku z inflacją. Zwyciężył pogląd, by już po wyborach nowe władze przeprowadziły pogłębioną analizę finansów pod kątem rosnących kosztów i kondycji finansowej izb. Myśl była taka: najpierw diagnoza stanu finansów zestawiona z programem działań, a potem ewentualny wzrost składki zgodnie z zasadą „coś za coś”.

Karkołomne jest uzasadnianie stuprocentowego wzrostu składki faktem, że nie ulegała ona zmianie od 8 lat, bo przecież inflacja w tym czasie nie była na tak wysokim poziomie. Rozsądne więc były głosy podczas dyskusji na ostatnim posiedzeniu NRL VIII kadencji, by przyjrzeć się, jak rozwinie się inflacja, jakie to przyniesie skutki dla działalności izb i wtedy dopiero podjąć decyzję co do składki. A przypomnę, że finanse NIL były w bardzo dobrym stanie, mimo że zrealizowaliśmy wiele dużych projektów, łącznie z zakupem nowych pomieszczeń, ich remontem i modernizacją dla potrzeb sądu lekarskiego, rzecznika odpowiedzialności zawodowej i ośrodka szkoleniowego. Uruchomiliśmy program stypendialny, wspieraliśmy Fundację Lekarze Lekarzom, która pomagała koleżankom i kolegom w czasie pandemii, również naszym seniorom, a także angażowała się w pomoc Ukrainie. VIII kadencję zakończyliśmy w dobrej kondycji finansowej, a więc z zabezpieczeniem na nadchodzące gorsze czasy, więc raczej nie było powodów do tak drastycznej podwyżki.

Wywołała ona niezadowolenie, irytację i frustrację. W ciągu ponad trzydziestu lat działalności odrodzonego samorządu lekarskiego samorządowcy wraz z ekspertami przeprowadzili wiele fundamentalnych dla nas i dla pacjentów zmian. Doskonale rozumieli rolę NIL i izb okręgowych i wypełniali swoją misję może nie zawsze idealnie, ale – jestem przekonany – z dużym zaangażowaniem i na tyle, na ile pozwalały okoliczności. Mam nadzieję, że duch samorządności zawodu zaufania publicznego w nas ciągle istnieje i nie trzeba naszego środowiska pouczać *ex cathedra*, wystawiając za to słony rachunek.

W PIGUŁCE

ORZECZENIE LEKARSKIE WS. POSIADANIA BRONI

Beata Wierzchowska

Radca prawny

Przepis art. 15h ust. 7 ustawy o broni i amunicji¹, który stwierdza, że orzeczenie lekarskie wydane po rozpatrzeniu odwołania w sprawach o pozwolenie na posiadanie broni jest ostateczne, jest zgodny z konstytucją – orzekł Trybunał Konstytucyjny².

Skargę konstytucyjną w tej sprawie wniósł do TK mężczyzna, który ubiegał się o pozwolenie na broń i przedstawił orzeczenie lekarskie i orzeczenie psychologiczne o braku przeciwwskazań do dysponowania bronią. Po odwołaniu od tego orzeczenia przez organ

wydający pozwolenie, lekarze stwierdzili, że mężczyzna nie może posiadać broni. Ostatecznie wnioskodawca nie otrzymał pozwolenia na broń i odwołał się w tej sprawie do sądu administracyjnego. Obie instancje sądów administracyjnych oddały jednak jego skargi.

Mężczyzna złożył wreszcie skargę konstytucyjną dot. zgodności z Konstytucją ustawy o broni i amunicji w rozumieniu, w którym nie przewiduje możliwości oceny dowodu w postaci ostatecznego orzeczenia lekarskiego. Według skarżącego ustawodawca nie przewidział wystarczających środków prawnych w celu ochrony praw podmiotów, które znalazły się w sytuacji przeprowadzenia nierzetelnych badań lekarskich.

Trybunał Konstytucyjny³ orzekł, że zaskarżony przepis jest zgodny z konstytucją. TK nie zgodził się ze stanowiskiem skarżącego, że orzeczenie lekarskie w sprawie pozwolenia na posiadanie broni – jako dowód – w ogóle nie podlega ocenie w toku postępowania administracyjnego. Sprawozdawca (sędzia TK Piotr Pszczółkowski) wskazał w uzasadnieniu wyroku, że w postępowaniu przed organem administracji można ustalić i obalić moc dowodową orzeczenia, w którym stwierdzono istnienie określonych chorób i zaburzeń.



¹ Ustawa z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 955 z późn. zm.).

² Wyrok z dnia 23 listopada 2022 r. sygn. akt: SK 113/20

³ <https://trybunal.gov.pl/s/sk-113-20>.

REKLAMA

OBOWIĄZEK OKREŚLANIA REFUNDACJI

30%, 100%, S CZY R?

Samorząd zabiega o zniesienie obowiązku określania przez lekarzy poziomu odpłatności leku na receptach. Lekarze od dawna chcą zdjąć ze swoich barków to obciążenie, bo – jak podkreślają – to nie jest ich kompetencja. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że brak automatyzacji systemu generuje niepotrzebne straty i proponuje zmiany.

Marta Jakubiak Redaktor naczelna

Ministerstwo Zdrowia opublikowało niemal 1400-stronicowy raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania projektu nowelizacji ustawy refundacyjnej, która ma wejść w życie od początku 2023 r. Środowisko lekarskie zgłaszało do tego projektu ważne uwagi. Naczelna Rada Lekarska domagała się, by lekarze w końcu nie musieli zajmować się biurokratyczną czynnością, jaką jest określanie poziomu refundacji leku przy wystawianiu recepty.

BRAK AUTOMATU TO STRATY DLA WSZYSTKICH

„Tylko w okresie od stycznia 2021 r. do kwietnia 2022 r. straty budżetu z tytułu nienależnej refundacji jedynie w zakresie dopasowania stopnia refundacji do podstawowych danych (wiek, płeć pacjenta) wyniosły prawie 9 mln zł. Ten problem prezes NRL poruszał w piśmie do ministra zdrowia i prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 26 października 2022 r.” – czytamy w komunikacie opublikowanym na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Samorząd usilnie zabiega o podjęcie działań zmierzających do uproszczenia systemu refundacji i całkowitej jego automatyzacji, a także o zdjęcie obowiązku określania poziomu odpłatności leku przez lekarzy. – Rozmowy na ten temat rozpoczęliśmy już w wakacje. Prezes NRL Łukasz Jankowski spotkał się z prezesem NFZ Filipem Nowakiem i rozmawiał o konieczności zmian. Jesteśmy

„Środowisko lekarskie od dawna i konsekwentnie zgłasza postulaty, w myśl których lekarze nie powinni określać stopnia refundacji. Wszystkie dotychczas przedstawiane przez medyków argumenty pozostają w tej sprawie aktualne. Przypominając Ministerstwu Zdrowia tylko jeden z nich, wskazać należy, że ustawowym obowiązkiem lekarza jest udzielanie pomocy lekarskiej [art. 30 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U. 2021 poz. 790], a nie wykonywanie zadań z zakresu administracji publicznej. Argument ten jest przede wszystkim istotny z punktu widzenia interesów pacjenta” – napisał Łukasz Jankowski, prezes NRL, w liście z 26 października do ministra zdrowia, Adama Niedzielskiego.

także po rozmowach z dyrektorem Centrum e-Zdrowia Pawłem Kikosickim. Widzimy wolę współpracy i zrozumienie dla zgłaszanych przez nas postulatów, jednak to, czy zostanie z nas zdjęty ten absurdalny obowiązek określania poziomu odpłatności leku i lekarze zostaną wyposażeni w odpowiednie narzędzie, by nie musieli tego robić, zależy od decyzji podjętych na Miodowej – informuje Paweł Barucha, wiceprezes NRL.

W listopadzie prezes NRL spotkał się z podsekretarzem stanu w Ministerstwie

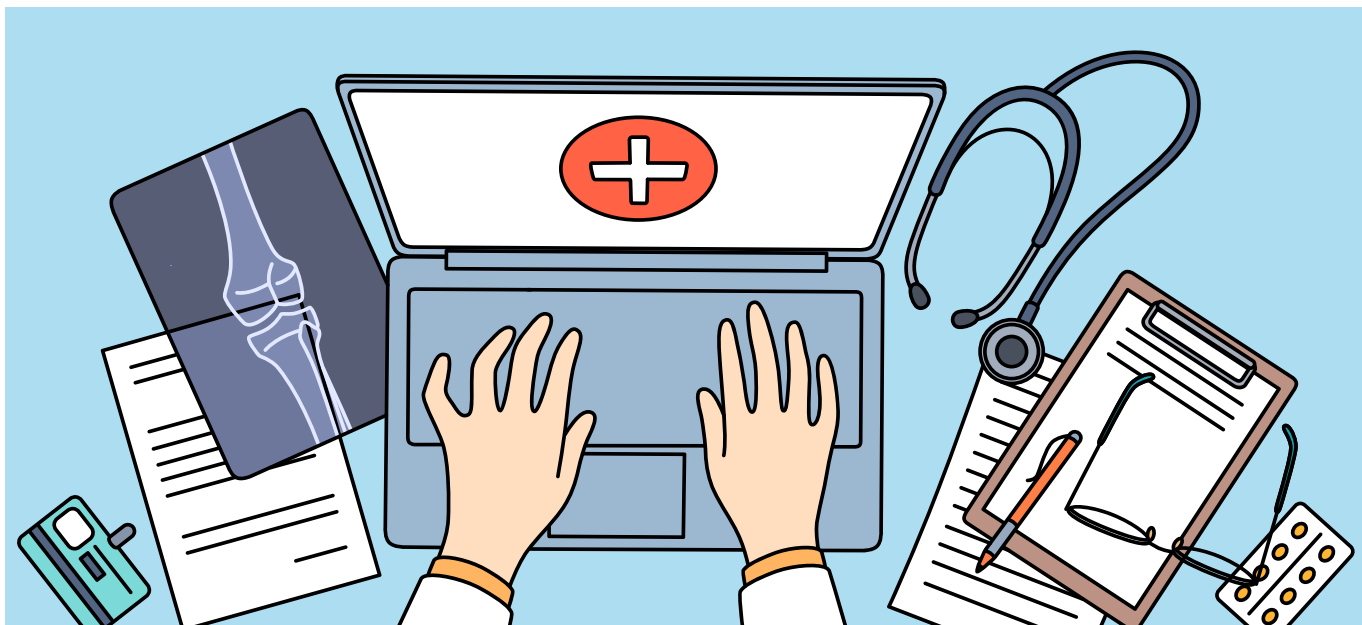
Zdrowia Piotrem Bromberem. Łukasz Jankowski zaproponował stworzenie zespołu roboczego, który opracowałby uproszczony słownik refundacyjny. Chodzi o to, by umożliwić automatyzację procesu i – co stanowi postulat NRL od wielu lat – znieść obowiązek określania stopnia refundacji. Zdaniem prezesa NRL, w składzie takiego zespołu powinni znaleźć się przedstawiciele samorządu lekarskiego, Ministerstwa Zdrowia i Centrum e-Zdrowia.

ABSURDALNE ZASADY

– Lista leków refundowanych często się zmienia. Lekarz nie uczestniczy w procesie ani produkcji leku, ani jego dystrybucji, ani jego sprzedaży, a ponosi odpowiedzialność za to, za ile pacjent kupi lek. To powinno być określane przez system z automatu, bo e-recepty dają możliwość, aby poziom odpłatności generowany był automatycznie przez system elektroniczny, na podstawie postawionego rozpoznania – zauważa prezes Barucha.

Podkreśla, że obowiązkiem lekarza jest przepisanie pacjentowi odpowiedniego leku, by go wyleczyć, a nie prawidłowe oznaczenie, ile pacjent ma za lek zapłacić. – Teraz musi to robić, a tak być nie powinno i to chcemy zmienić. Określanie poziomu odpłatności leku to nie jest kompetencja lekarza – podkreśla.

W toku rozmów prowadzonych z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia ustalono, że płatnik także jest za zmianami. Fundusz nie jest entuzjastą ściągania lekarzy za 200-300 zł, ale gdy



system wykryje błąd, kontrolerzy NFZ muszą zareagować, bo są do tego zobligowani prawem. – Nie trzeba niczego tworzyć od nowa. Wystarczy jedynie uprościć istniejący system refundacyjny i dać lekarzom wystawiającym recepty narzędzie, które z automatu będzie określać stopień refundacji – podkreśla Paweł Barucha.

JEST NADZIEJA?

Podczas spotkania prezesa NRL z dyrektorem CeZ padło kilka propozycji rozwiązań mogących ułatwić pracę lekarzom i zapobiec stratom finansowym w kolejnych latach. Pierwszym z nich ma być automatyzacja refundacji w stosunku do konkretnych kryteriów. Ustalono, że należy kontynuować

prace nad słownikiem refundacyjnym w celu jego uproszczenia. – Leki mają różne stopnie refundacji w zależności od sytuacji leczenia bądź tego, który specjalista je wypisuje. To pacjent ma prawo do refundacji, której poziom określa urząd, a nie lekarz. Dlaczego lekarz płaci karę, skoro nie on odniósł korzyść z faktu, że pacjent kupił lek taniej? Dlaczego ponosi odpowiedzialność z błędy w systemie eWUŚ? Określanie stopnia refundacji leku

Samorząd usilnie zabiega o podjęcie działań zmierzających do uproszczenia systemu refundacji i całkowitej jego automatyzacji.

nie jest kompetencją medyczną, ale urzędniczą i zdecydowanie nie powinno być obowiązkiem lekarza. Będziemy bardzo aktywnie domagać się naprawienia istniejącego stanu rzeczy i zabiegać o racjonalne zorganizowanie zasad dotyczących

wystawiania recept – podsumowuje prezes Barucha.

Kolejne spotkanie w sprawie zniesienia obowiązku określania poziomu stopnia odpłatności leku zaplanowano w styczniu 2023 r. ■■■

KOMENTARZ



Jarosław Klimek
radca prawny OIL w Łodzi

Od 1 stycznia 2017 r. zniknęły umowy na wystawianie recept na leki refundowane. Od tego dnia do ordynowania leków z refundacją uprawniony jest każdy lekarz i lekarz dentysta posiadający prawo wykonywania zawodu pod warunkiem

dopełnienia procedur rejestracyjnych w Portalu NFZ, niezależnie od tego, czy wystawia recepty w gabinecie dla swoich pacjentów, czy też wyłącznie dla siebie i najbliższych. Art. 48 ust. 7 ustawy refundacyjnej nakłada na lekarza, który wystawił receptę na co najmniej jeden lek refundowany, obowiązek poddania się kontroli NFZ w zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej zasadności i prawidłowości wystawiania recept refundowanych. Za niepoddanie się kontroli, niewykonanie w terminie zalecań pokontrolnych, prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z przepisami lub jej nieprowadzenie nakładane są kary pieniężne (art. 52a ust. 1 ustawy o refundacji). Ich wysokość

to równowartość kwoty refundacji. Nakłada ją w drodze decyzji administracyjnej Prezes NFZ i podlega ona egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Jednocześnie wprowadzono nowe zasady odpowiedzialności za nieprawidłowości w ordynowaniu leków refundowanych. W takich wypadkach NFZ może żądać od lekarza zwrotu kwoty refundacji z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w zapłacie od dnia dokonania refundacji. Są one oparte bezpośrednio na przepisach ustawy z dnia 12 grudnia 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Zgodnie z art.

48 ust. 7a tej ustawy NFZ może wystąpić z takim roszczeniem, jeżeli lekarz wypisał receptę:

- w okresie pozbawienia prawa wystawiania recept,
- nieuzasadnioną udokumentowanymi względami medycznymi,
- niezgodną z uprawnieniami świadczeniobiorcy albo osoby uprawnionej,
- niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach lekowych Ministra Zdrowia.

Pamiętać trzeba, że dokumentację medyczną musi prowadzić również lekarz wystawiający recepty pro auctore lub pro familiae. Jest ona uproszczona – prowadzi się ją w formie wykazu (§ 66 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz

sposobu jej przetwarzania). Ale również i ona może być przedmiotem kontroli, jeśli recepty pro auctore lub pro familiae zostały wystawione na lek refundowany. Brak takiej dokumentacji naraża lekarza na wspomnianą już karę pieniężną z art. 48 ust. 7 ustawy refundacyjnej.

Inne podstawy prawne mają zastosowanie w przypadku, gdy leki przepisywane są w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń gwarantowanych. Wtedy roszczenia NFZ opierają się na przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (w przypadku niewłaściwej ordynacji leków § 31 ust. 1 pkt 3) rozporządzenia) i samych umów o udzielanie świadczeń,

w których znajdują się postanowienia odpowiadające treści rozporządzenia. Zastrzegają one karę umowną nakładaną na świadczeniodawcę w przypadku braku zasadności ordynowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego w danym wskazaniu. Jej wysokość to kwota stanowiąca równowartość refundacji cen tych preparatów, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

W tej chwili trwają prace nad zwolnieniem lekarzy z konieczności określania stopnia refundacji leków. Sprawny system informatyczny może zlikwidować problem. Usprawni to pracę lekarzy, a NFZ nie będzie musiał poświęcać czasu i pieniędzy na zbędne kontrole.

Szanowni Koleżanki i Koledzy Lekarze!



Przez dekady problemy lekarzy z niepełnosprawnościami były niezauważalne. Odwaga i wytrzymałość osób chcących pokonać swoje słabości były wręcz ignorowane. Nadszedł wreszcie czas na zmiany. W tym roku powstała funkcja Pełnomocnika Naczelnej Rady Lekarskiej ds. lekarzy z niepełnosprawnościami, a mnie spotkał zaszczyt jej pełnienia.

Z całego serca pragnę zaoferować wszystkim Lekarkom i Lekarzom zmagającym się z problemami zdrowotnymi swoje wsparcie w pokonywaniu trudności, które pojawiają się na naszej drodze zawodowej. Jako osoba poruszająca się na wózku, część z tych problemów znam, sam ich doświadczyłem lub nadal doświadczam. O swoich możecie mnie Państwo poinformować poprzez **kontakt z Biurem Pełnomocnika** (e-mail: **niepelnosprawni@nil.org.pl**). Nikogo nie zostawimy bez pomocy.

Sobie i Wam życzę, by było coraz mniej trudności i przeszkód. Jestem przekonany, że z upływem czasu obecność osób z niepełnosprawnościami w naszym środowisku stanie się naturalna, w pełni akceptowana i ceniona. „Jestem lekarzem” każdy może powiedzieć z dumą. Myślę, że z jeszcze większą dumą może to powiedzieć lekarz z niepełnosprawnością.

Mam nadzieję, że nadal będziemy mieć tę ogromną siłę do działań w przełamywaniu barier. Zarówno tych fizycznych, jak i mentalnych, często abstrakcyjnych i nieuzasadnionych. Tego nam wszystkim życzę.

Gratuluje jednocześnie hartu ducha i wytrwałości. Wierzę, że nikt już nigdy nie poczuje się samotny ze swoimi zmartwieniami. Jesteśmy dla Was. Jesteśmy razem.

Oleg Nowak

Pełnomocnik NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

W SPRAWIE SPECJALIZACJI LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej otrzymał skargę, w której rodzice zarzucili lekarzowi konsultującemu ich dziecko, że ogłaszając się na portalu internetowym jako alergolog, specjalista medycyny naturalnej i diagnostyk, wprowadza pacjentów w błąd.



Zbigniew Kuzyszyn
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

W trakcie postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej ustalił, że lekarz posiada specjalizację jedynie w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii i nie może przypisywać sobie innych specjalności. Uznanie skargi za zasadną spowodowało skierowanie wniosku o ukaranie do okręgowego sądu lekarskiego. Z uwagi na dotychczasową niekaralność obwinionego lekarza, OROZ wnosil o najniższy wymiar kary, czyli upomnienie.

Okręgowy sąd lekarski uznał obwinionego lekarza za winnego naruszenia następujących przepisów:

- art. 20 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty („Lekarzowi przysługuje prawo używania tytułu i stopnia naukowego oraz tytułu specjalisty w brzmieniu określonym przez odrębne przepisy”);
- art. 66 Kodeksu Etyki Lekarskiej („Lekarzowi nie wolno narzucać swych usług chorym lub pozyskiwać pacjentów w sposób niezgodny z zasadami etyki i deontologii lekarskiej oraz lojalności wobec kolegów”);
- art. 65 ust. 4 Kodeksu Etyki Lekarskiej („Lekarzowi nie wolno stosować metod nieuczciwej konkurencji, szczególnie w zakresie nierzetelnego informowania o swoich możliwościach działania”).

W uzasadnieniu orzeczenia okręgowy sąd lekarski zaznaczył, że same kursy i szkolenia, w których lekarz brał udział, nie są wystarczające, aby tytułować się w sposób jednoznacznie wskazujący na posiadanie specjalizacji. OSL podkreślił także, że przypisywana sobie przez obwinionego lekarza specjalizacja z medycyny naturalnej nie figuruje w wykazie specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych wymienionych w załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia

w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.

Od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego obrońca lekarza złożył odwołanie, twierdząc, że obwiniony nie wprowadzał celowo pacjentów w błąd, a informacja o alergologii, medycynie naturalnej i diagnostyce została wpisana w rubryce dotyczącej zainteresowań użytkownika portalu.

Naczelny Sąd Lekarski utrzymał wymiar kary orzeczonej przez OSL. Uznał, że lekarz z pełną świadomością wykorzystał mechanizm stworzony przez komercyjny, reklamowy portal internetowy umożliwiający umieszczenie bezpośrednio pod nazwiskiem określenia: alergolog, specjalista medycyny naturalnej i diagnostyk. Tym samym mógł wprowadzić w błąd rodziców dziecka co do rzeczywiście zdobytych przez lekarza specjalizacji, a w konsekwencji - możliwości fachowego działania diagnostycznego i terapeutycznego. Podawanie się za specjalistę bez legitymowania się odpowiednim dyplomem stanowi czyn niegodny lekarza i podważa społeczne zaufanie do tegoż zawodu. Według Naczelnego Sądu Lekarskiego lekarz ma obowiązek wystrzegania się sytuacji stwarzającej niejasności co do posiadania specjalizacji z danej dziedziny. Nieuprawnione używanie tytułu specjalisty jest nie tylko wprowadzeniem w błąd pacjentów,

***Lekarz ma obowiązek
wystrzegania się
situacji stwarzającej
niejasności co do
posiadania specjalizacji
z danej dziedziny.***

lecz także przejawem nieuczciwego i nie-
lojalnego postępowania wobec kolegów
lekarzy specjalistów.

Obrońca obwinionego lekarza wniósł kasację od orzeczenia NSL, powielając zarzuty wskazane w odwołaniu. Sprawa stanęła na wokandzie Sądu Najwyższego, który oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną, zgodnie z wnioskiem Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W ustnym uzasadnieniu sędzia sprawozdawca zgodził się ze stanowiskiem przedstawionym przez NROZ i wcześniej wyrażonym w uzasadnieniach sądów lekarskich obu instancji, iż obwiniony dopuścił się zarzucanego czynu. ■■■

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

REGULAMIN ORGANIZACYJNY W PRAKTYCE ZAWODOWEJ



Powszechne wydaje się przekonanie, że tylko podmioty lecznicze powinny posiadać regulaminy organizacyjne. Nie jest to jednak prawda – zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej obowiązek posiadania takiego regulaminu dotyczy wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą – a więc i również praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów.

Aleksandra Kosiorek Radca prawny **Damian Konieczny** Adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

Obowiązek wdrożenia regulaminu organizacyjnego dotyczy w równej mierze praktyk indywidualnych, jak i grupowych. Z jego posiadania zwolnione są jedynie tzw. praktyki kontraktowe (indywidualne oraz specjalistyczne praktyki lekarskie wykonywane wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym). Za sporządzenie regulaminu odpowiada kierownik praktyki, którym co do zasady w indywidualnych praktykach zawodowych jest lekarz, który ją prowadzi.

MINIMALNA ZAWARTOŚĆ

Zakres spraw, które powinny zostać poruszone w regulaminie praktyki zawodowej, jest węższy niż zawartość tego aktu w podmiotach leczniczych, a powinny się w nim znaleźć co najmniej postanowienia obejmujące:

- 1) firmę albo nazwę praktyki lekarskiej (zgodnie z CEiDG),
- 2) cele i zadania praktyki lekarskiej (podstawowym celem działalności praktyki



- jest udzielanie świadczeń zdrowotnych),
- 3) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń

zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń,

5) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (wysokość opłaty nie może przekraczać wartości wynikających z ww. przepisów),

6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat, czyli przy udzielaniu świadczeń komercyjnych,

7) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, tj. cennik.

Niektóre praktyki lekarskie decydują się również na prowadzenie monitoringu wizyjnego. Przypomnijmy, że taki monitoring może być prowadzony do celów obserwacji pomieszczeń:

1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,

2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych.

Jeżeli lekarz lub lekarz dentyista decyduje się na zainstalowanie takiego monitoringu, to informacja o tym również powinna znaleźć się w regulaminie organizacyjnym, zgodnie z art. 23a ustawy o działalności leczniczej.

KWESTIA DOSTĘPNOŚCI

Podstawowe pytanie zadawane przez lekarzy, którzy już przyjęli regulamin organizacyjny w swoim gabinecie, brzmi: czy i w jaki sposób należy podawać informacje w nim zawarte do wiadomości pacjentów? Zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, niektóre jego elementy powinny być obowiązkowo podane do wiadomości publicznej poprzez ich wywieszenie w widocznym sposób w miejscu

udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i udostępnienie w Biuletynie Informacji Publicznej (w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia). Minimum informacji dostarczanych pacjentom w ten sposób obejmuje: rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych; wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej; wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością; informacje o stosowaniu monitoringu wizyjnego.

Nie ma jednak przeszkód, aby do wiadomości pacjentów podawana była cała treść regulaminu organizacyjnego, tym bardziej, że nie zawiera on co do zasady in-

formacji niejawnych.

Brak posiadania regulaminu organizacyjnego może powodować komplikacje natury faktycznej oraz prawnej. Są w nim ujęte przecież m.in. kwestie dotyczące odpłatności za udostępnianie dokumentacji medycznej (pamiętajmy, że udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatne!) oraz odpłatności za udzielone świadczenia zdrowotne, a brak podania cenników do wiadomości pacjenta może przyczynić się do powstania nieporozumień i sytuacji konfliktowych. Co więcej, jako że posiadanie regulaminu organizacyjnego jest obowiązkiem podmiotów wykonujących działalność leczniczą, fakt jego istnienia oraz sama treść może podlegać kontroli przez organ rejestrowy. Coraz częściej również treść regulaminu organizacyjnego jest kontrolowana przez organy skarbowe. Dotyczy to w szczególności zasad przyjmowania płatności za świadczenia oraz zgodności informacji zawartych w raportach fiskalnych z cennikiem usług.

***Coraz częściej
treść regulaminu
organizacyjnego jest
kontrolowana przez
organy skarbowe.***

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

PUE ZUS OBOWIĄZKOWY

Do 30 grudnia br. każdy płatnik składek powinien założyć profil na Platformie Usług Elektronicznych (PUE) ZUS. Od nowego roku bowiem każdy, kto jest płatnikiem składek, ma ustawowy obowiązek posiadania profilu na PUE ZUS. Jeśli tego nie zrobi, ZUS sam założy takiej osobie profil.

Beata Wierzchowska Radca prawny

Poza tym każdy płatnik składek będzie zobowiązany do utrzymania aktywnego profilu informacyjnego w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w czasie prowadzenia z ZUS rozliczeń z tytułu składek. Płatnik składek, któremu ZUS założy profil, musi przekazać do Zakładu swój adres elektroniczny.

Do tej pory obowiązek posiadania profilu na PUE ZUS mieli płatnicy rozliczający składki za więcej niż pięć osób. Po nowelizacji ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych¹ obowiązek ten dotyczy wszystkich przedsiębiorców – także właścicieli małych firm, czyli zatrudniających do pięciu pracowników, oraz tych, którzy płacą składki tylko za siebie. Jak ocenia Zakład Ubezpieczeń Społecznych – obecnie na PUE ZUS swój profil ma ponad 10,6 mln użytkowników, w tym ponad 89 proc. osób prowadzących własną działalność i ponad 87 proc. firm rozliczających składki od jednej do pięciu osób.

WYMOGI DOTYCZĄCE KORESPONDENCJI

Ustawa zmieniająca doprecyzowała też kwestię korespondencji dokonywanej poprzez profil PUE ZUS. Otóż, pismo, które jest doręczane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w postaci elektronicznej na profilu informacyjnym założonym w systemie teleinformatycznym ZUS, opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo wykorzystuje się sposób potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych udostępniony bezpłatnie przez ZUS w systemie teleinformatycznym.

PUE ZUS umożliwia załatwienie większości spraw związanych z ubezpieczeniami społecznymi w dowolnym miejscu i czasie.

Przedsiębiorcy mogą składać wnioski do ZUS i korzystać z bezpłatnej aplikacji ePłatnik przeznaczonej do obsługi dokumentów ubezpieczeniowych. Mogą też kontrolować stan swoich rozliczeń z ZUS, mają dostęp do zwolnień lekarskich swoich pracowników, mogą samodzielnie tworzyć elektroniczne dokumenty z danymi z ZUS i przekazywać je do innych instytucji (np. banku lub urzędu).

JAK STWORZYĆ PROFIL?

Aby założyć profil na PUE ZUS, trzeba wejść na stronę www.zus.pl i kliknąć przycisk „Zarejestruj w PUE”, a następnie wskazać, dla kogo zakłada się profil. Do wyboru jest rejestracja:

- „Dla Ciebie” – przeznaczona dla tych, którzy nie prowadzą działalności gospodarczej, osób pracujących, emerytów, rencistów, zasiłkobiorców, innych osób ubezpieczonych w ZUS;
- „Dla przedsiębiorców” – przeznaczona dla osób prowadzących działalność gospodarczą (w tym przypadku poza danymi osobowymi należy wpisać również NIP);
- „Dla firm” – przeznaczona dla spółek, stowarzyszeń, spółdzielni, fundacji i przedsiębiorstw państwowych.

Kolejny krok to wybór sposobu rejestracji. Można to zrobić za pomocą metod z portalu login.gov.pl (profil zaufany, e-dowód, bankowość elektroniczna). Istnieje też możliwość rejestracji za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego, za pomocą bankowości elektronicznej banku, który świadczy taką usługę wspólnie z ZUS (lista banków wskazana jest na www.zus.pl), a wreszcie można to zrobić samodzielnie poprzez wypełnienie formularza rejestracji.

Jeśli rejestracja następuje za pomocą login.gov.pl, kwalifikowanego podpisu elektronicznego i bankowości elektronicznej, część danych w formularzu rejestracji wypełnia się automatycznie. Metody te pozwalają również na potwierdzenie tożsamości wnioskodawcy, a w konsekwencji rejestracja nie wymaga wizyty w ZUS. Jeśli zaś rejestracja następuje za pomocą formularza rejestracji, po wybraniu przycisku „DO REJESTRACJI”, należy wypełnić wszystkie obowiązkowe pola. W ciągu siedmiu dni od rejestracji należy też potwierdzić swoją tożsamość w dowolnej placówce ZUS lub podczas e-wizyty (trzeba mieć ze sobą dokument tożsamości – dowód osobisty lub paszport).

¹ Art. 1 pkt. 15 ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1621).

STOMATOLOGIA

Wostatnim czasie media w Polsce wiele uwagi poświęcają wzrostowi cen leczenia stomatologicznego. Pojawiły się nawet określenia „paragony grozy”. Początkowo narracja była mocno negatywna dla naszego środowiska. Udało się to zmienić.

My wiemy, dlaczego cena musi rosnąć. Dobrze, że inni też zaczynają rozumieć. Prawie wszyscy lekarze dentyści to przedsiębiorcy, którzy prowadzą bardzo trudną i odpowiedzialną działalność, wymagającą ponoszenia ogromnych nakładów finansowych. Leczenie to nasza pasja, ale też ciężka praca.

Jesteśmy po trzecim posiedzeniu Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministrze Zdrowia. Skupiliśmy się na sprawach, które zalegają już od 2015 r., a dotyczą m.in.

stomatologii dziecięcej, ortodoncji, protezyki czy chirurgii. Ze względu na dużą liczbę zadań, ustaliliśmy, iż zajmiemy się nimi po kolei w zależności od wagi problemu.



Paweł Barucha

Wiceprezes NRL

CENA MUSI ROSNAĆ

Wycena protetyki jest w trakcie procedowania. Kolejne posiedzenie zaplanowano na 13 stycznia 2023 r.

Zespół ds. systemu świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych Komisji Stomatologicznej NRL spotkał się w trybie pilnym w NFZ. Przedstawiliśmy zastrzeżenia samorządu dotyczące nowego rozporządzenia w sprawie finansowania leczenia stomatologicznego finansowanego ze środków publicznych, a w szczególności wprowadzenia w chirurgii i periodontologii pakietów świadczeń i zwiększenia wyceny. Spotkaliśmy się ze zrozumieniem. Mam nadzieję, że przełoży się to na lepszy dokument końcowy.

Życzę Wszystkim radosnych Świąt Bożego Narodzenia, a w Nowym 2023 Roku – samych szczęśliwych dni.

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Potencjał rakotwórczy

Liszaj płaski jamy ustnej i rak płaskonabłonkowy jamy ustnej mają wspólne kluczowe sygnatury onkogenne – tak wynika z najnowszych badań, których wyniki ukazały się w „Nature”.

Aby zbadać podobieństwa w profilu genowym liszaja płaskiego jamy ustnej (OLP) i raka płaskonabłonkowego jamy ustnej (OSCC), które mogą uzasadniać potencjał rakotwórczy, naukowcy z Rio de Janeiro (Brazylia) pod kierownictwem Cristóvão Antunes de Lanna i Beatriz Nascimento Monteiro da Silva przeanalizowali sygnatury ekspresji genów liszaja płaskiego jamy ustnej i raka płaskonabłonkowego jamy ustnej we wczesnych (esOSCC) i zaawansowanych stadiach (asOSCC). Opierając się na danych dotyczących ekspresji genów z publicznych baz danych, wykorzystali podejście bioinformatyczne do porównania profili ekspresji, oszacowania składu nacieków immunologicznych,



zidentyfikowania genów różnicujących i koekspymowanych oraz zaproponowania domniemanych celów terapeutycznych i powiązanych leków. Wyniki ich badań ujawniły wzorce ekspresji genów związane z procesami keratynizacji, różnicowania keratynocytów, proliferacji

komórek i odpowiedzi immunologicznej wspólne dla liszaja płaskiego jamy ustnej oraz wczesnego i zaawansowanego raka płaskonabłonkowego jamy ustnej, z tworzeniem zrogowaciałej otoczki i szlakami prezentacji krzyżowej przetwarzania antygeny, które są wspólne dla liszaja płaskiego jamy ustnej i wczesnego raka płaskonabłonkowego jamy ustnej.

„Nasze analizy wykazują ekspresję genów w różnych warunkach, niekoniecznie reprezentujących syntezę obecnych w nich białek. Konieczne są dalsze badania, aby lepiej zrozumieć, w jaki sposób białka ulegają różnej ekspresji w OLP, esOSCC i asOSCC. Byliśmy jednak w stanie podkreślić ważne podobieństwa biologiczne między stanami, które mogłyby nas skierować w stronę lepszego zrozumienia procesu zapalnego, który doprowadziłby do raka” – napisali autorzy.

Źródło: Nauka w Polsce

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Raport WHO o stanie zdrowia jamy ustnej



Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 18 listopada opublikowała „Globalny Raport O Stanie Zdrowia Jamy Ustnej” (Global Oral Health Status Report, GOHSR), dający unikalny wgląd w kluczowe obszary i wskaźniki zdrowia jamy ustnej. Opracowanie zawiera analizę najnowszych danych nt. głównych chorób jamy ustnej, czynników ryzyka, wyzwań z tym związanych dla systemów opieki zdrowotnej oraz możliwości reform.

W raporcie podkreśla się globalny wpływ chorób jamy ustnej na nasze zdrowie i samopoczucie oraz zwraca uwagę na wyraźne nierówności, z większym obciążeniem chorobami dla najbardziej narażonych i znajdujących się w niekorzystnej sytuacji grup populacji w poszczególnych społeczeństwach.

WHO wskazuje, że stan zdrowia jamy ustnej na świecie jest alarmujący i wymaga pilnych działań naprawczych. – Naszym największym wyzwaniem jest obecnie zapewnienie, aby wszyscy ludzie, niezależnie od miejsca zamieszkania i dochodów, mieli wiedzę i narzędzia potrzebne do dbania o zęby i jamę ustną oraz dostęp do profilaktyki i opieki, kiedy jej potrzebują – podkreślił dyrektor generalny WHO dr Tedros Adhanom Ghebreyesus podczas prezentacji raportu.

Raport ma służyć jako punkt odniesienia dla

decydentów i jako wskazówka dla szerokiego grona interesariuszy z różnych sektorów, aby podejmować działania na rzecz uznania zdrowia jamy ustnej jako kwestii o charakterze priorytetowym na poziomie globalnym, regionalnym i krajowym. Załącznikiem do raportu są krajowe profile zdrowia jamy ustnej dla wszystkich 194 państw członkowskich WHO, oparte na najnowszych dostępnych danych z projektu Global Burden of Disease (GBD), Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (IARC) i ankietach WHO.

Prezes Światowej Federacji Dentystycznej FDI prof. Ihsane Ben Yahya pogratulowała WHO wydania tego materiału. Podczas dyskusji panelowej wskazała, że ujęte w raporcie dane dowodzą, że zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym istnieją różne wyzwania związane ze zdrowiem jamy ustnej. Nie ma zatem jednego uniwersalnego rozwiązania dobrego dla wszystkich. Jednak zrozumienie problemów specyficznych dla danego kraju i określanie priorytetów w oparciu o to, co pokazują dane, pomoże FDI i jej organizacjom członkowskim w podejmowaniu najskuteczniejszych działań. Raport jest dostępny w języku angielskim na stronie internetowej WHO.

Anna Lella, FDI Councillor

26 miesięcy czekania

Na rejestrację i wizytę u lekarza dentysty w ramach NHS w rejonie Cardiff i Vale Health Board (Walia) pacjenci czekają ponad dwa lata – informuje portal BBC.

Na scentralizowanej liście oczekujących znajduje się obecnie 15,5 tys. osób. Sprawozdający przed Komisją ds. Zdrowia i Opieki Społecznej Parlamentu Walijskiego, prof. Ivor Chestnutt z Cardiff University Dental School, podkreślił, że sytuacja ta może zmuszać ludzi do korzystania z prywatnej opieki stomatologicznej. – Myślę, że w tej chwili jesteśmy w stanie zapewnić większości pacjentów opiekę dentystyczną w nagłych wypadkach, ale po załatwieniu natychmiastowej sytuacji awaryjnej dokąd ich skierujemy? – alarmuje. British Dental Association przedstawiło kilka przyczyn niedoboru lekarzy dentystów NHS:

- chroniczny brak inwestycji w personel i infrastrukturę,
- trudności w pozyskaniu i zatrzymaniu stomatologów i specjalistów opieki dentystycznej w obszarze NHS,
- zwiększenie liczby pacjentów z problemami zdrowotnymi jamy ustnej zaostrzonymi przez pandemię i złą dietę,
- zmarnowany czas kliniczny spowodowany odwołaniem wizyty, nadmierną biurokracją i nieefektywnymi systemami administracyjnymi.

Andrew Dickenson, główny lekarz dentysta Walii, ogłosił, że większość dorosłych mieszkańców może zaoferować kontrolę dentystyczną w ramach NHS raz w roku, a nie co sześć miesięcy. Umożliwi to lekarzom dentystom udzielenie pomocy pacjentom, którzy najbardziej jej potrzebują. Rzecznik walijskiego rządu zapewnił, że co roku rząd przekaże dodatkowe 2 mln funtów na poprawę dostępu do usług dentystycznych w całej Walii.

Źródło: bbc.com

Przewodniczący KS NRL przypomina

Osoby wykonujące badania diagnostyczne, zabiegi lub leczenie z zastosowaniem promieniowania jonizującego, a także osoby nadzorujące ich wykonywanie, które w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz.U z 2019 r. poz. 159), tj. 23 września 2019 r., miały ważny certyfikat potwierdzający zdanie egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, spełniają obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta do 22 września 2024 r.

Źródło: nil.org.pl

Starzeć się trzeba zdrowo

Starzenie się to proces, który zaczyna się już od wczesnego okresu życia. Może przebiegać dramatycznie lub harmonijnie, w zależności od wewnętrznej zdolności do budowania i utrzymywania dobrego stanu zdrowia oraz reagowania na przejawy jego pogorszenia. W procesie tym wiele do powiedzenia mają lekarze dentyści, którzy pełnią w pewnym sensie rolę lekarza pierwszego kontaktu.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Komisja ds. Lekarzy Dentystów ORL w Warszawie, zainspirowana europejskim programem „Dekada 2020-2030 na rzecz zdrowego starzenia się”, przy merytorycznym wsparciu Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej i Polskiego Towarzystwa Stomatologii Geriatrycznej, zorganizowała we wrześniu międzynarodową konferencję na ten temat.

KONDYCJA NA DŁUGIE LATA

Gerontologia (nauka o procesach starzenia się) splata się z medycyną i choć nie należy jej mylić z geriatrią, która traktuje o chorobach wieku podeszłego, podejmuje problemy, które mają charakter interdyscyplinarny i oscylują blisko siebie. Prof. Anastassia Kossioni z Grecji, ekspertka w dziedzinie gerostomatologii i edukacji stomatologicznej oraz telemedycyny, tłumaczy, że w zdrowym starzeniu się chodzi o optymalizację zdolności funkcjonalnych osób starszych oraz zapewnienie im dobrego samopoczucia, a program „Dekada 2020-2030 na rzecz zdrowego starzenia się” wpisuje się w to założenie. Obejmuje on zintegrowaną opiekę skoncentrowaną na osobie starszej, dostęp do długoterminowej opieki dla tych, którzy jej potrzebują, a także podkreśla znaczenie społeczności wspierających oraz walkę z ageizmem.

– W utrzymaniu dobrego samopoczucia osób starszych ważną rolę do odegrania mają lekarze dentyści. Podczas wizyty pacjenta w gabinecie stomatologicznym mogą oni stosować proste testy wykrywające utratę wewnętrznej zdolności do pracy, w tym spadek zdolności poznawczych, ograniczoną mobilność, niedożywienie, zaburzenia widzenia, słuchu, a nawet objawy depresji, biorąc pod uwagę ich potencjalną interakcję ze zdrowiem jamy ustnej – wylicza prof. Kossioni, zaznaczając, że zintegrowana opieka nad pacjentem może znacząco wpłynąć na zdrowie jamy ustnej, a tym samym modyfikować ogólny stan zdrowia i zadowolenie pacjenta z życia. Podkreśla, że sprzymierzeńcem w tym procesie są nowe technologie, produkty stomatologiczne i sprzęt, które ułatwiają monitorowanie zdrowia i codzienne funkcjonowanie pacjenta w wieku senioralnym, a także telemedycyna, w tym telestomatologia, które mogą ułatwić ocenę stanu zdrowia jamy ustnej i edukację w tym zakresie.

ZARZĄDZANIE PRÓCHNICĄ

Prof. Svante Twetman, specjalista stomatologii dziecięcej na Wydziale Zdrowia i Nauk Medycznych Uniwersytetu w Kopenhadze, dowodził, jak istotny wpływ na procesy starzenia się ma mikrobiom jamy ustnej, który zależy od wieku i czynników

okołoporodowych. Najnowsze badania wykazały, że biofilmy wpływają korzystnie nie tylko na zdrowie, ale ogólnie na dobre samopoczucie. W mikrobiomie jamy ustnej znajduje się ich ponad 600 gatunków i 13 rodzajów. Podstawowy skład mikrobiomu jest wspólny dla większości ludzi. Dokładna struktura biofilmu jest jednak unikalna dla każdej osoby. Decydują o tym czynniki genetyczne, wiek, dieta i styl życia. Skład bakterii zmienia się, a kolejność i czas ekspozycji na różne gatunki drobnoustrojów mogą wpływać na występowanie chorób jamy ustnej w późniejszym okresie życia. Pierwsze 1000 dni po porodzie jest kluczowe dla rozwoju biofilmu, a czynniki takie jak sposób porodu, karmienie piersią i wczesna ekspozycja na antybiotyki są decydujące dla jego składu.

– Zrównoważony i zróżnicowany biofilm zębowy jest związany ze zdrowiem (homeostaza symbiotyczna), natomiast zdestabilizowany biofilm – z próchnicą (dysbioza) – tłumaczy prof. Svante Twetman i ostrzega, że nadmierne spożycie cukrów w połączeniu z zaniedbaniem higieny jamy ustnej i nieoptymalną ekspozycją na fluor są ekologicznymi „czynnikami stresowymi”, które mogą zmienić skład biofilmu z „bezpiecznego” na „patologiczny”. Zatem kluczowymi czynnikami zapobiegającymi próchnicy

u dzieci jest eliminowanie czynników powodujących dysbiozę. Profesor uważa, że poprzez kontrolę biofilmu można zarządzać próchnicą - aplikując związki fluoru jako czynniki inicjujące remineralizację i hamujące metabolizm bakterii próchnicotwórczych.

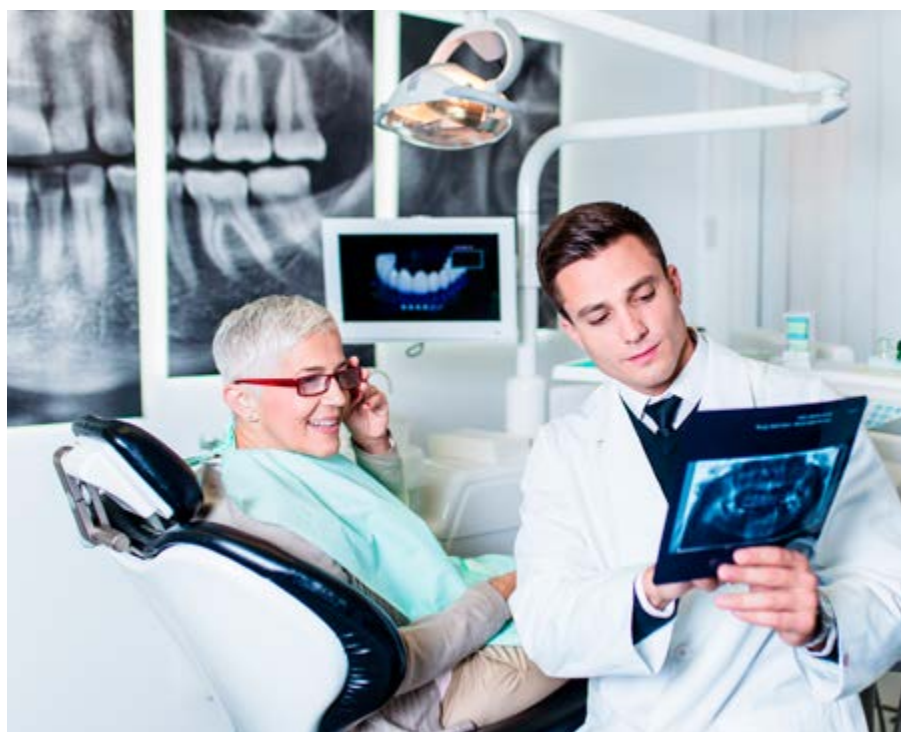
STOSOWAĆ SZKŁOJONOMERY

Wpływ na zdrowe starzenie się mają także działania podejmowane na rzecz leczenia zmian próchnicowych u dzieci i osób starszych. Współcześnie stosuje się w tym celu szkłojonometry. Prof. Jo E. Frencken z Uniwersytetu Nijmegen w Holandii, specjalizujący się w stomatologii minimalnie interwencyjnej, w tym atraumatycznej metodzie preparacji ubytków, profilaktyce stomatologicznej i epidemiologii próchnicy, podkreśla, że utrzymanie tkanek zęba w dobrym stanie w młodym wieku jest kluczowe dla zachowania ich funkcjonalności przez resztę życia, a że żyjemy coraz dłużej (nawet 80-90 lat), to zadbanie o zdrowie jamy ustnej w młodości ma tym większe znaczenie, bo to wpływa na zdrowe starzenie się organizmu.

To dlatego Unia Europejska wprowadziła zakaz stosowania amalgamatu u dzieci poniżej 15. r.ż., kobiet karmiących piersią i kobiet w ciąży. A co w zamian? Wiele materiałów kompozytowych zawiera monomery, które są uznane przez UE za substancję niepożądaną w środowisku. Stąd sięgnięto po cementy szkłojonomerowe. - Materiały te w ciągu ostatnich dziesięcioleci poprawiły swoje właściwości mechaniczne i estetyczne - zaznacza prof. Frencken, dodając, że można je stosować u dzieci, ale też wykorzystywać w leczeniu ubytków próchnicowych u osób dorosłych i starszych. Nowe techniki opracowania ubytków oraz zastosowanie nowoczesnych szkłojonomerów i materiałów hybrydowych opierają się na zasadzie ART, która jest metodą mobilną, co pozwala zapewnić opiekę nad osobami starszymi w ich mieszkaniach, domach opieki czy szpitalach, a krótkoterminowa trwałość wypełnień wykonanych tą techniką jest porównywalna z wypełnieniami wykonanymi z materiałów kompozytowych.

LECZENIE ZUŻYTYCH ZĘBÓW

W długoletnim procesie starzenia się zęby ulegają zużyciu. To złożony i wieloczynnikowy proces wymagający odpowiedniej diagnozy i leczenia klinicznego. Ubytki niepróchnicowego pochodzenia, znane



jako atrycja, abrazja, erozja i abfrakcja, stanowią, obok chorób przyzębia i próchnicy, jeden z głównych problemów obserwowanych u osób starszych. Powodują nadwrażliwość i ból zębów, niezadowalającą estetykę, obniżenie wysokości zwarcia, bóle głowy oraz zaburzenia czynnościowe, np. trudności z żuciem pokarmów.

Periodontolog Ewa Rusyan (adiunkt w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej WUM), lekarz dentysta Karolina Obrońnicka (asystent w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej WUM) oraz Kamil Adamczyk (rezydent w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala CSK MSWiA w Warszawie) są zgodni co do tego, że niezależnie od wieku pacjenta i rodzaju motywacji następstwa zużycia zębów powinno się leczyć, a sukces tego leczenia zależy w dużej mierze od zmiany diety i stylu życia, leczenia chorób ogólnoustrojowych, eliminacji parafunkcji i kompleksowej rehabilitacji układu stomatognatycznego. Ich zdaniem w leczeniu zużytych zębów standardowo powinno się stosować odbudowy bezpośrednie i pośrednie oraz rehabilitację estetyczną i funkcjonalną, z uwzględnieniem elementów medycyny estetycznej. Ważne jest także kompleksowe podejście polegające

***W utrzymaniu
dobrego
samopoczucia
osób starszych
ważną rolę do
odegrania mają
lekarze dentyści.***

na włączaniu programów profilaktycznych w przypadku braku możliwości eliminacji czynników ryzyka, a także uwzględnienie aspektu psychologicznego związanego z oczekiwaniami i uzyskanymi wynikami leczenia pacjentów. Nie mają też wątpliwości, że leczenie i rehabilitacja pa-

tologicznego zużycia zębów powinny być prowadzone zespołowo.

PO PIERWSZE EDUKACJA

Dr Dariusz Paluszek, wiceprezes ORL w Warszawie i członek Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca uwagę, że niestety gerodentologia jest pominięta w cyklu dydaktycznym i młodzi lekarze niewiele wiedzą na ten temat. Celem organizowania tego rodzaju konferencji jest więc edukacja, czyli przekazywanie najnowszej wiedzy o problemach starzenia się w kontekście dbałości o stan zdrowia jamy ustnej, ale też udzielenie konkretnych wskazówek, co może w tej kwestii zdziałać lekarz dentysta w codziennej praktyce. Dostrzegając wagę problemu, OIL w Warszawie podpisała z Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej umowę o współpracy, co przekłada się na wspólną organizację całego cyklu spotkań w tym zakresie.



Biuletyn

NR 7 (215)

WARSZAWA, X 2022

Paweł Doczekalski Redaktor naczelny

**UCHWAŁA Nr 38/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie wyso-
kości składki członkowskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) § 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub Wojkowej Izby Lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem”, w wysokości 120 złotych miesięcznie.

2. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, zwany dalej „lekarzem stażystą”, opłaca składkę w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych miesięcznie.”

2) W § 3 ustęp 1 punkt 1 otrzymuje następujące brzmienie:

„1) ukończył 70 lat.”

3) dodaje się § 4a w brzmieniu:

„Komisja Finansowo-Budżetowa Naczelnej Rady Lekarskiej co najmniej raz na dwa lata dokonuje analizy wysokości składki członkowskiej, uwzględniając w szczególności poziom inflacji, stan wynagrodzeń lekarzy oraz możliwości realizacji zadań ustawowych i przedstawia wnioski co do utrzymania lub zmiany wysokości składki członkowskiej.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UZASADNIENIE
DO PROJEKTU UCHWAŁY**

Podwyższenie składki członkowskiej jest niezbędne do utrzymania działalności Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich na dotychczasowym poziomie. W przeciwnym razie konieczne będzie ograniczenie, lub w niektórych zakresach zaniechanie, wspierania szeregu aktywności związanych z aktywnością lekarzy i lekarzy dentystów, takich jak:

- wspieranie procesu doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, podczas prowadzenia kursów i innej działalności naukowej z niewielkim lub bez udziału finansowego lekarzy, w tym kursów wymaganych w szkoleniach specjalizacyjnych;
- udzielanie pomocy finansowej w postaci częściowo umarzanych zapomóg na doskonalenie zawodowe (gł. specjalizacje) i rozwój naukowy (doktoraty i habilitacje dla lekarzy spoza uczelni);
- wspieranie aktywności naukowej, rozwojowej w medycznych podmiotach regionalnych – gdzie lekarze organizują we własnym zakresie działalność edukacyjną przy udziale zapraszanych autorytetów merytorycznych;
- pomoc socjalna w przypadkach losowych lekarzy, a także wspieranie aktywności lekarzy seniorów;
- rozwój zainteresowań artystycznych lekarzy;
- utrzymywanie działalności sportowej lekarzy.

Należy też podkreślić, że konieczne jest rekompensowanie ubytków finansowych lekarzy uczestniczących w działalności Izby – tj. osób funkcyjnych, które rezygnując z aktywności zawodowych, poświęcają czas na rzecz środowiska, pracując w strukturach Izby, przede wszystkim:

- osoby funkcyjne w radach lekarskich;
- rzecznicy odpowiedzialności zawodowej;
- sędziowie.

Jednocześnie należy także pamiętać, że aby utrzymać codzienną działalność izb lekarskich, zatrudniani są, w określonej dla potrzeb danego biura liczbie, wykwalifikowani pracownicy. Chcąc utrzymać tych pracowników, konieczne są regulacje płacowe, które muszą nadążać za zmianami na rynku pracy. Nie możemy sobie pozwolić na brak reagowania w zakresie regulacji wynagrodzeń, gdyż utrata doświadczonej kadry istotnie wpłynie na jakość świadczeń udzielanych na rzecz lekarzy zgłaszających się do Izby. Tu koniecznie trzeba podkreślić także kwestię pracy pionu prawnego izb, gdzie oczekiwania wysoko wykwalifikowanej kadry prawników wymaga stosownego wynagradzania dostosowanego do zmieniających się realiów finansowych w tej sferze.

Konieczne jest także utrzymanie łączności ze środowiskiem lekarskim za pośrednictwem mediów – wydawanych w formie papierowej jak i za pośrednictwem nośników elektronicznych. Obserwujemy w tym obszarze istotne wzrosty kosztów, a rezygnacja w tym zakresie byłaby ogromną stratą i wydaje się niemożliwa. Dotychczasowa wysokość składki obowiązuje od 2014 r. Jej realna wartość przez te lata znacząco spadła, a ostatnimi czasy wręcz dramatycznie, przede wszystkim za sprawą rosnącej inflacji.

Dodatkowo z biegiem lat pojawiają się nowe problemy i wyzwania. Aby im sprostać, izby lekarskie podejmują wiele nowych inicjatyw i działań. Wiąże się to z koniecznością ponoszenia dodatkowych obciążeń finansowych.

Należy pamiętać, że głównym przychodem izb są składki członkowskie. Brak decyzji o podniesieniu jej wysokości doprowadzić może do stopniowo pogłębiającej się zapaści izb lekarskich, a do tego nie powinniśmy dopuścić.

**UCHWAŁA Nr 39/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
zasad wydawania Gazety Lekarskiej
i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z ustawą z dnia 26 stycznia 1984 r. Prawo prasowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 1914, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 36/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) § 2 otrzymuje brzmienie:

„§ 2. Organami Gazety Lekarskiej są: Redaktor Naczelny oraz Kolegium Redakcyjne”.

2) Uchyla się §§ 3 – 5.

3) W § 6 ustęp 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Do zadań Redaktora Naczelnego należy, w szczególności:

1) organizacja pracy redakcji w celu wydawania Gazety Lekarskiej i Portalu, zgodnie ze strategią polityki redakcyjnej, określona przez Kolegium Redakcyjne;

2) ścisła współpraca i koordynacja działań z organami Naczelnej Izby Lekarskiej i komórkami Biura Naczelnej Izby Lekarskiej w celu zachowania spójności komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej Naczelnej Izby Lekarskiej;

3) dbałość o zapewnienie wysokiego poziomu merytorycznego, publicystycznego i edytorskiego Gazety Lekarskiej;

4) reprezentowanie Gazety Lekarskiej;

5) podejmowanie decyzji w sprawie zawartości kolejnych wydań Gazety Lekarskiej;

6) utrzymywanie kontaktu z przedstawicielami organów Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich w celu uzyskiwania informacji na temat działań tych organów;

7) zapewnienie sprawnego przepływu informacji między Gazetą Lekarską a redaktorami naczelnymi wydawnictw okręgowych izb lekarskich;

8) podejmowanie decyzji o patronatach medialnych Gazety Lekarskiej;

9) inspirowanie tematów publikacji i wydarzeń specjalnych organizowanych przez Gazetę Lekarską, podejmowanie współpracy z autorami zewnętrznymi oraz ocena

merytoryczna i dziennikarska projektów artykułów;

10) aktywny udział w promocji Gazety Lekarskiej, w tym wśród lekarzy, dziennikarzy, w środowiskach eksperckich m.in. za pośrednictwem mediów społecznościowych;

11) zwoływanie Kolegium Redakcyjnego oraz co najmniej dwa razy w miesiącu, spotkania dziennikarzy i współpracowników publikujących w Gazecie Lekarskiej;

12) wnioskowanie do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej o zatrudnienie pracowników w Gazecie Lekarskiej;

13) koordynacja pracy dziennikarzy i współpracowników,

14) delegowanie pracowników i osób współpracujących z Gazetą Lekarską do udziału w zjazdach, konferencjach, imprezach;

15) nadzór nad biurem reklamy Gazety Lekarskiej;

16) wykonywanie innych czynności przewidzianych w prawie prasowym”.

4) W § 8 ustęp 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Kolegium Redakcyjne tworzą:

1) Redaktor Naczelny;

2) Zastępcę Redaktora Naczelnego;

3) Sekretarz Redakcji;

4) Redaktor prowadzący Portalu;

5) Redaktor Biuletynu;

6) wskazana przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej osoba odpowiedzialna w Naczelnej Izbie Lekarskiej za współpracę z mediami i komunikację;

7) nie więcej niż 8 osób wybranych przez Naczelną Radę Lekarską”.

5) W § 8 ustęp 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kolegium Redakcyjne pracuje zdalnie za pośrednictwem środków elektronicznego przekazu, których dysponentem jest Naczelna Izba Lekarska albo, za akceptacją Prezesa NRL, na posiedzeniach w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w trybie stacjonarnym lub hybrydowym.”.

6) § 9 otrzymuje brzmienie:

„§ 9. Do zadań Kolegium Redakcyjnego należy w szczególności:

1) określanie i realizacja strategii polityki redakcyjnej Gazety Lekarskiej;

2) wydawanie kolejnych numerów Gazety Lekarskiej, w tym:

a) ustalanie układu i tematu numeru,

b) zapewnienie różnorodności form dziennikarskich, inspirowanie ilustracji,

c) opiniowanie artykułów nadesłanych do redakcji oraz innych tekstów, ilustracji i reklam przygotowywanych do publikacji,

d) inicjowanie artykułów, cykli

wydawniczych, dodatków tematycznych, działań promujących Gazetę Lekarską.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

UZASADNIENIE

DO PROJEKTU UCHWAŁY

Uchwała przewiduje likwidację Rady Programowej Gazety Lekarskiej. Likwidacja Rady Programowej i przeniesienie jej zasadniczych zadań do Kolegium Redakcyjnego ma za zadanie usprawnienie organizacji działania gremiów nadzorujących Gazetę Lekarską i unikanie dublowania ośrodków strategicznych i zarządzających.

**UCHWAŁA Nr 40/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
w sprawie wyboru członków Kolegium
Redakcyjnego Gazety Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 8 ust. 3 pkt 7 uchwały nr 36/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie zasad wydawania Gazety Lekarskiej i Biuletynu Naczelnej Izby Lekarskiej uchwała się, co następuje:

§ 1.

Do składu Kolegium Reakcyjnego Gazety Lekarskiej powołuje się:

1) Ryszard Golański;

2) Jacek Bujko;

3) Maria Kłosińska;

4) Dariusz Samborski;

5) Mikołaj Sinica.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Lukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 41/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
w sprawie wydawania Gazety
Lekarskiej w roku 2023**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342)

w związku z uchwałą Nr 15 XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2022 r. w sprawie formy prenumeraty uchwała się, co następuje:

§ 1.

W roku 2023 zostanie wydanych 10 numerów Gazety Lekarskiej. Harmonogram wydań ustali Kolegium Redakcyjne Gazety Lekarskiej.

§ 2.

1. W roku 2023 Gazeta Lekarska i Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej będą wydawane w formie elektronicznej i papierowej.
2. Członek samorządu lekarskiego, który w dniu 1 stycznia 2023 r. ukończył 70 rok życia, będzie otrzymywał papierową wersję Gazety Lekarskiej. Osoba ta może zrezygnować z papierowej wersji Gazety Lekarskiej na rzecz wersji elektronicznej. Oświadczenie o rezygnacji z wersji papierowej odnosi skutek od następnego wydania Gazety Lekarskiej po otrzymaniu oświadczenia przez Naczelną Izbę Lekarską.
3. Członek samorządu lekarskiego, który w dniu 1 stycznia 2023 r. nie ukończył 70. roku życia, będzie otrzymywał wyłącznie elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej. Osoba ta może zrezygnować z elektronicznej wersji Gazety Lekarskiej na rzecz wersji papierowej. Oświadczenie o rezygnacji z wersji elektronicznej odnosi skutek od następnego wydania Gazety Lekarskiej po otrzymaniu oświadczenia przez Naczelną Izbę Lekarską.
4. Na wniosek członka samorządu lekarskiego może on otrzymywać zarówno papierową jak i elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej.
5. Wnioski, o których mowa w ust. 2-4, składa się za pomocą formularza elektronicznego udostępnionego przez Naczelną Izbę Lekarską lub w wersji papierowej.
6. Wszystkie wydania Gazety Lekarskiej z roku 2023 zostaną udostępnione w postaci elektronicznej na stronie www.gazetalekarska.pl

§ 3.

W okresie przejściowym obejmującym pierwsze półrocze 2023 roku co najmniej 3 wydania Gazety Lekarskiej będą kolportowane do wszystkich członków samorządu lekarskiego w formie papierowej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UZASADNIENIE DO PROJEKTU UCHWAŁY

Uchwała ma za zadanie realizację uchwały nr 15 XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2022 r. w sprawie formy prenumeraty, która zobowiązała Naczelną Radę Lekarską do podjęcia działań umożliwiających osobom zainteresowanym zmianę prenumeraty Gazety Lekarskiej oraz magazynu właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej z wersji papierowej na wersję elektroniczną. Redukcja całkowitego papierowego wolumenu wydawniczego Gazety Lekarskiej jest ważna nie tylko z punktu widzenia budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej wobec dynamicznie rosnących cen druku i kolportażu, ale również z powodu świadomego uczestnictwa w racjonalnej polityce zarządzania zasobami w ramach koncepcji ekologii i zrównoważonego rozwoju. Brak zmian w cyklu wydawniczym i pozostanie przy 10 wydaniach rocznie ma za zadanie utrzymania stałego, cyklicznego kontaktu z czytelnikami i członkami samorządu. Domyślny wybór Gazety w formie papierowej dla członków samorządu, którzy ukończyli 70. rok życia, podyktowany jest potrzebą pozostania w kontakcie ze starszymi czytelnikami, dbając o wprowadzanie zmian w Gazecie w stopniu spokojnym i rozważnym. Wprowadzenie domyślnej formy elektronicznej dla osób poniżej 70. roku życia pozwala w istotny sposób zredukować nakład papierowy, redukując ślad węglowy samorządu i działając zgodnie z ekologicznymi zasadami współżycia w społeczeństwie, pozostawiając jednocześnie możliwość każdej zainteresowanej osobie wybrania formy kontaktu, jakiej oczekuje. Granica odcięcia na poziomie 70. roku życia jest oparta na analizach finansowych i wolumenowych nakładu jako najkorzystniejsza. Ustanowienie 3 wydań papierowych w okresie przejściowym pozwoli konsekwentnie realizować obowiązek informowania czytelników o nadchodzących zmianach, bez nagłego ich wprowadzania.

UCHWAŁA Nr 42/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. zmieniająca uchwałę w sprawie po- wołania 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 2021 r. poz. 1342) 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 (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 4/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się pkt 14-16 w brzmieniu: „14) Komisja ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej, 15) Komisja ds. szpitalnictwa, 16) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 43/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. zmieniająca uchwałę w sprawie po- wołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) oraz § 2 ust. 1 załącznika do uchwały nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz § 4 ust. 2 Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiących załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 5/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się pkt 13-14 w brzmieniu:

- „13) Komisja ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej – Aleksandra Śremska,
- 14) Komisja ds. szpitalnictwa – Marcin Karolewski,

15) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii – Krzysztof J. Filipiak”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 44/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 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 2021 r. poz. 1342) 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 (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.), oraz § 4 ust. 2 Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiących załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 33/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie składu komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się pkt 12-13 w brzmieniu:

„12) Komisja ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Członkowie: Jacek Bujko, Teresa Dobrzańska, Paweł Doczekalski, Tamara Klimiuk, Elżbieta Marcinkowska, Wioletta Szafrńska-Kocun, Joanna Szeląg, Dariusz Rusak, Tomasz Zieliński;

13) Komisja ds. szpitalnictwa
Członkowie: Natalia Butt-Husaim, Tomasz Imiela, Sławomir Józefowicz, Jakub Kosikowski, Tomasz Kozioł, Ryszard Mońdział, Dorota Radziszewska, Mateusz Szulca, Mateusz Wartęga;

14) Zespół ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii

Członkowie: Marlena Broncel, Łukasz Bułdak, Grzegorz Grześk.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 45/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie zadań komisji oraz zespo- łów 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 2021 r. poz. 1342) 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 (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

Do zadań Komisji Etyki Lekarskiej należy:

- 1) opiniowanie projektów aktów prawnych i opracowywanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących etyki,
- 2) współpraca z komisjami etyki lekarskiej okręgowych rad lekarskich.

§ 2.

Do zadań Komisji Finansowo-Budżetowej należy:

- 1) opiniowanie projektu budżetu,
- 2) bieżąca analiza sytuacji finansowej samorządu i zgłaszanie, w razie gdy jest to uzasadnione sytuacją finansową, propozycji zmian do budżetu,
- 3) inne zadania zlecone przez Naczelną Radę Lekarską.

§ 3.

Do zadań Komisji Kształcenia Medycznego należy:

- 1) koordynacja prac Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie doskonalenia zawodowego podyplomowego w zawodach medycznych,
- 2) przygotowywanie projektów uchwał, opinii i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie doskonalenia zawodowego podyplomowego, w szczególności: projektów opinii o nadsyłanych projektach aktów prawnych, projektów stanowisk w sprawie aktualnych zdarzeń oraz zapytań kierowanych do Naczelnej Rady Lekarskiej,
- 3) monitorowanie procesów legislacyjnych

w zakresie przed- i podyplomowego doskonalenia zawodowego lekarzy i innych zawodów medycznych – staży podyplomowych, specjalizacji, kształcenia ustawicznego i nabywania umiejętności,

4) wnioskowanie o współpracę z organami administracji rządowej i samorządowej, CMKP, KREL, CEM, KAUM, towarzystwami medycznymi, konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, kolegami lekarzy specjalistów, medycznymi samorządami zawodowymi i innymi organizacjami w zakresie kształcenia medycznego i prezentacja stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w ramach tej współpracy,

5) tworzenie i aktualizacja banku kandydatów na przedstawicieli i ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej do różnych gremiów decydujących o organizacji kształcenia medycznego,

6) stworzenie forum do dyskusji i wypracowania systemu kształcenia podyplomowego lekarzy i zasad jego finansowania,

7) opiniowanie wniosków podmiotów zamierzających prowadzić kształcenie podyplomowe,

8) współdziałanie z COBIK NIL,

9) współpraca z Ministerstwem Zdrowia w sprawach dotyczących wykonywania zawodu przez lekarzy cudzoziemców na terenie Polski.

§ 4.

Do zadań Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów należy:

- 1) bieżące informowanie Naczelnej Rady Lekarskiej o problemach ważnych dla środowiska lekarzy emerytów i rencistów oraz proponowanie sposobów rozwiązywania tych problemów,
- 2) podejmowanie działań na rzecz zwiększenia udziału lekarzy emerytów i rencistów w pracach organów samorządu lekarskiego,
- 3) podejmowanie działań na rzecz umożliwienia wystawiania przez lekarzy emerytów i rencistów skierowań na badania laboratoryjne i diagnostyczne dla siebie i współmałżonków oraz na rzecz umożliwienia tym lekarzom przyjęcia przez lekarza specjalistę bez skierowania od lekarza pierwszego kontaktu,
- 4) podejmowanie działań w porozumieniu z Komisją Etyki w kierunku realizacji zasady wyrażonej w Kodeksie Etyki Lekarskiej dotyczącej niepobierania honorariów za leczenie lekarzy i ich współmałżonków.

§ 5.

Do zadań Komisji Organizacyjnej należy:

- 1) opracowywanie jednolitych zasad postępowania w wybranych obszarach działalności samorządu lekarskiego lub projektów

uchwał lub stanowisk w sprawach zleconych przez Naczelną Radę Lekarską, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej,

2) przygotowywanie warsztatów i szkoleń dla przewodniczących i członków właściwych komisji okręgowych rad lekarskich, a także pracowników biur okręgowych izb lekarskich w zakresie zadań komisji,

3) współpraca z właściwymi komisjami okręgowych izb lekarskich w zakresie ujednolicenia wykładni i praktyki stosowania prawa w wybranych obszarach działalności samorządu lekarskiego,

4) realizacja innych zadań wynikających z odrębnych uchwał Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 6.

Do zadań Komisji ds. Młodych Lekarzy należy:

1) popularyzowanie zasad etyki lekarskiej wśród młodych lekarzy,

2) nawiązywanie współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi w celu uzyskiwania bieżącej informacji na temat sytuacji młodych lekarzy i podejmowania odpowiednich działań interwencyjnych oraz ogólnych,

3) proponowanie zmian dotyczących kształcenia podyplomowego w zakresie stażu podyplomowego i specjalizacji,

4) prezentowanie spraw środowiska młodych lekarzy na forum Naczelnej Rady Lekarskiej,

5) rozpowszechnianie informacji o możliwości pomocy, jaką izby lekarskie oferują swoim członkom między innymi w sprawach kształcenia podyplomowego, bytowych i naukowych,

6) wspólne działania z organizacjami młodych lekarzy działającymi w ramach okręgowych izb lekarskich,

7) opracowywanie i przedstawianie Naczelnej Radzie Lekarskiej projektów uchwał i stanowisk w sprawach dotyczących młodych lekarzy.

§ 7.

Do zadań Komisji ds. Sportu należy:

1) organizacja i współudział w organizowaniu imprez sportowych i turystycznych,

2) koordynowanie imprez o znaczeniu ogólnopolskim,

3) wnioskowanie do Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej o dofinansowanie poszczególnych imprez, wchodzących w zakres kompetencji Komisji.

§ 8.

Do zadań Komisji Legislacyjnej należy:

1) opiniowanie projektów ustaw i opracowywanie projektów stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej,

2) opiniowanie projektów aktów wykonawczych i opracowywanie projektów stanowisk Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej,

3) podejmowanie inicjatyw legislacyjnych w sprawach wchodzących w zakres działalności samorządu lekarskiego,

4) wykonywanie zadań zleconych przez Naczelną Radę Lekarską lub Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 9.

Do zadań Komisji ds. Egzaminów z Języka Polskiego dla Lekarzy Cudzoziemców należy organizacja i przeprowadzanie egzaminów z języka polskiego dla lekarzy cudzoziemców.

§ 10.

Do zadań Komisji ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej należy:

1) opiniowanie projektów aktów prawnych i opracowywanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej,

2) współpraca z Komisjami ds. POZ Okręgowych Rad Lekarskich,

3) bieżąca analiza sytuacji podstawowej opieki zdrowotnej i warunków pracy lekarzy POZ oraz informowanie Naczelnej Rady Lekarskiej o problemach ważnych dla tego środowiska,

4) przygotowywanie opracowań dotyczących sytuacji podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy POZ oraz proponowanie sposobów rozwiązywania dostrzeżonych problemów,

5) podejmowanie działań na rzecz zwiększenia udziału lekarzy rodzinnych i lekarzy POZ w pracach organów samorządu lekarskiego, integracja i edukacja środowiska lekarzy POZ.

§ 11.

Do zadań Komisji ds. Szpitalnictwa należy:

1) opiniowanie aktów prawnych i opracowywanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczących szpitalnictwa,

2) bieżąca analiza sytuacji szpitalnictwa i lekarzy wykonujących zawód w szpitalach, w tym warunków ich pracy oraz informowanie Naczelnej Rady Lekarskiej o problemach ważnych dla tego środowiska,

3) przygotowywanie opracowań dotyczących sytuacji szpitalnictwa oraz lekarzy zatrudnionych w szpitalach oraz proponowanie sposobów rozwiązywania dostrzeżonych problemów,

4) podejmowanie działań na rzecz zwiększenia udziału zatrudnionych w szpitalach w pracach organów samorządu lekarskiego, integracja i edukacja środowiska lekarzy szpitalników.

§ 12.

Do zadań Zespołu ds. wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentysty należy:

1) działania na rzecz wizerunku zawodu lekarza i lekarza dentysty, w tym prowadzenie kampanii społecznych NIL i wsparcie kampanii społecznych OIL,

2) współpraca z innymi zespołami i komisjami NIL w zakresie komunikacji medialnej i wizerunku,

3) organizacja szkoleń z zakresu komunikacji, w tym medialnej, dla członków NIL i Izb Lekarskich,

4) tworzenie zaplecza osobowego, strukturalnego i logistycznego do działań medialnych i w mediach społecznościowych NIL,

5) inicjowanie działań medialnych NIL i wspieranie w tym zakresie OIL,

6) kreowanie i podnoszenie standardów działań medialnych członków samorządu lekarskiego.

§ 13.

Do zadań Zespołu ds. reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych i szkód w ochronie zdrowia należy:

1) gromadzenie danych naukowych uzasadniających implementację systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych,

2) gromadzenie danych dotyczących optymalnego sposobu kompensacji szkód doznanych w związku z diagnostyką i leczeniem,

3) tworzenie i opiniowanie aktów prawnych dotyczących obszarów wymienionych w pkt. 1 i 2,

4) współpraca z organizacjami pacjenckimi, NGOs i innymi zawodami zaufania publicznego ukierunkowana na realizację zadań opisanych w pkt. 1-3,

5) inne zadania związane z realizacją celu funkcjonowania zespołu zlecone przez Naczelną Radę Lekarską.

§ 14.

Do zadań Zespołu ds. e-zdrowia należy:

1) opiniowanie projektów aktów prawnych i opracowywanie projektów uchwał i stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawach dotyczących e-zdrowia,

2) przygotowywanie projektów stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie e-zdrowia,

3) współpraca z innymi komisjami i zespołami Naczelnej Rady Lekarskiej, a zwłaszcza z COBIK NIL,

4) podejmowanie inicjatyw edukacyjnych w zakresie e-zdrowia oraz AI.

§ 15.

Do zadań Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii należy:

1) przygotowywanie projektów stanowisk Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczących leków, ich użytkowania i refundacji oraz

w innych sprawach, gdy jest to niezbędne,
2) współpraca z innymi komisjami i zespołami Naczelnej Rady Lekarskiej oraz okręgowych rad lekarskich w dziedzinie gospodarki lekowej państwa,
3) opracowywanie i rozpowszechnianie informacji o zmianach w regulacjach prawnych dotyczących list leków i zasad refundacji,
4) współpraca z towarzystwami naukowymi i innymi instytucjami, a w szczególności współorganizowanie konferencji dotyczących gospodarki lekowej.

§ 16.

Uchyła się uchwałą Nr 13/10/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r. w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 17.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UZASADNIENIE

Potrzeba podjęcia uchwały wynika ze zdezaktualizowania się uchwały dotychczas obowiązującej – uchwalonej w 2010 r.

UCHWAŁA Nr 46/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie Centrum Uznawania Kwalifikacji

Na podstawie art. 5 pkt. 3, 18 i 21 oraz art. 39 ust. 1 pkt. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Powołuje się Centrum Uznawania Kwalifikacji, zwane dalej „Centrum”.
2. Centrum stanowi komórkę organizacyjną biura Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 2.

1. Centrum zajmuje się sprawami związanymi z uznawaniem w Polsce kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów uzyskanych poza granicami kraju, szczególnie w państwach członkowskich Unii Europejskiej, oraz przyznawaniem w Polsce uprawnień zawodowych osobom posiadającym takie kwalifikacje, jak również uznawaniem w innych państwach kwalifikacji zawodowych uzyskanych w Polsce. Zadaniem Centrum są w szczególności:

- 1) ocena, na wniosek okręgowych rad

lekarskich, dyplomów i innych dokumentów poświadczających formalne kwalifikacje zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów, wydanych przez inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej, pod kątem ich zgodności z wymogami przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydawanie opinii w tym przedmiocie;

- 2) udzielanie okręgowym radom lekarskim pomocy w kontaktowaniu się z właściwymi organami innych państw członkowskich Unii Europejskiej w sprawach związanych z uznawaniem kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów;

- 3) udzielanie okręgowym radom lekarskim pomocy merytorycznej przy wydawaniu zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe lekarzy i lekarzy dentystów oraz innych zaświadczeń związanych ze stosowaniem przepisów Unii Europejskiej w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych;

- 4) udzielanie lekarzom i lekarzom denty stom informacji dotyczących uznawania formalnych kwalifikacji zawodowych oraz przyznawania uprawnień do wykonywania zawodu lekarza i lekarza denty sty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej oraz, w takim zakresie, w jakim to możliwe, w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej;

- 5) udzielanie lekarzom i lekarzom denty stom podstawowych informacji w zakresie ogólnych zasad wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 6) realizowanie zadań Naczelnej Izby Lekarskiej w ramach Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI (zwanego systemem IMI), zwłaszcza w zakresie modułów dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych i praw pacjentów;

- 7) obsługa administracyjna i prawna spraw związanych z wydawaniem przez Naczelną Radę Lekarską zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe absolwentów polskich uczelni medycznych nieposiadających prawa wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej oraz innych zaświadczeń wynikających z przepisów prawa Unii Europejskiej;

- 8) obsługa administracyjna i prawna spraw związanych z prowadzeniem przez Naczelną Radę Lekarską rejestru lekarzy i lekarzy denty stów tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód;

- 9) reprezentowanie Naczelnej Izby Lekarskiej na forum tzw. Europejskiej Sieci Organów Właściwych ds. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych Lekarzy (European Network of Medical Competent Authorities, ENMCA).

2. Zadania, o których mowa w ust. 1, Centrum

realizuje m.in. we współpracy z:

- 1) okręgowymi izbami lekarskimi;
- 2) odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia;
- 3) uczelniami medycznymi;
- 4) właściwymi organami w innych państwach;
- 5) odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Komisji Europejskiej.

§ 3.

1. Działalnością Centrum kieruje kierownik.
2. Kierownika Centrum wyznacza Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

§ 4.

Do zadań kierownika Centrum należy:

1. kierowanie bieżącą działalnością Centrum,
2. składanie Naczelnej Radzie Lekarskiej rocznych sprawozdań z działalności Centrum.

§ 5.

Działalność Centrum jest finansowana ze środków Naczelnej Izby Lekarskiej.

§ 6.

Traci moc uchwała Nr 79/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie Ośrodka Uznawania Kwalifikacji.

§ 7.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 47/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z § 35 ust. 1 Statutu Fundacji Lekarze Lekarzom, Naczelna Rada Lekarska po zasięgnięciu opinii Rady Fundacji Lekarze Lekarzom, postanawia co następuje:

§ 1.

W statucie Fundacji Lekarze Lekarzom stanowiącym załącznik do uchwały nr 7/11/VI z dnia 13 maja 2011 r., zmienionym uchwałą nr 24/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 grudnia 2011 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom, uchwałą nr 1/14/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 lutego 2014 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom oraz uchwałą nr 5/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 11 marca 2022 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarze Lekarzom wprowadza się następujące zmiany:

1) § 19 Statutu Fundacji otrzymuje brzmienie: „§ 19.

Członkostwo w Radzie Fundacji ustaje na skutek:

1) pisemnej rezygnacji, złożonej Przewodniczącemu Rady Fundacji,

2) śmierci,

3) odwołania przez Naczelną Radę Lekarską w drodze uchwały”.

2) W § 23 Statutu Fundacji dodaje się pkt 7 o brzmieniu:

„7) zatwierdzenie rocznego sprawozdania zarządu z działalności fundacji.”

3) § 24 Statutu Fundacji otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 24.

1. Zarząd Fundacji, na każdorazowe wezwanie Rady Fundacji, jest zobowiązany przedstawić wszelkie dokumenty związane z działalnością fundacji, w terminie wyznaczonym przez Radę Fundacji nie krótszym niż 14 dni.

2. Przed zatwierdzeniem sprawozdania z działalności Fundacji Rada Fundacji przesyła sprawozdanie Naczelnej Radzie Lekarskiej.”

4) § 26a Statutu Fundacji otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 26a

1) Członkowie Zarządu Fundacji nie pobierają wynagrodzenia z tytułu udziału w pracach tego organu z wyjątkiem zwrotu udokumentowanych wydatków związanych z uczestnictwem w pracach tego organu, w tym kosztów podróży.

2) Miesięczna kwota zwrotu udokumentowanych kosztów nie może być wyższa niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw ogłoszone przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za rok poprzedni.”

5) § 28 Statutu Fundacji otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 28

Członkostwo w Zarządzie Fundacji ustaje na skutek:

1) śmierci,

2) pisemnej rezygnacji,

3) odwołania przez Naczelną Radę Lekarską w drodze uchwały.”

§ 2.

Przyjmuje się tekst jednolity statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

Załącznik do uchwały Nr 47/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. pt. „STATUT FUNDACJI LEKARZE LEKARZOM” jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

UCHWAŁA Nr 48/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie powołania członka Rady Fundacji Lekarzy Lekarzy

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2022 r. poz. 1831) i § 18 pkt 1 Statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy, stanowiącego załącznik do Uchwały NR 5/22/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 11 marca 2022 r. w sprawie zmiany statutu Fundacji Lekarzy Lekarzy, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Wojciecha Domkę na członka Rady Fundacji Lekarzy Lekarzy z siedzibą w Warszawie.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 49/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie regulaminu Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w zw. z Uchwałą Nr 37/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustanawia się regulamin Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

Załącznik do Uchwały Nr 49/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października

2022 r. pt. „Regulamin działania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej” jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

UCHWAŁA Nr 50/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie powołania Przewodniczącego Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w zw. z Uchwałą Nr 37/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na Przewodniczącego Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej powołuje się Magdę Wiśniewską.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA Nr 51/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 21 października 2022 r. w sprawie powołania członków Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) w zw. z Uchwałą Nr 37/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2022 r. w sprawie powołania Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwała się, co następuje:

§ 1.

W skład Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej powołuje się:

1) dr hab. Beatę Buchelt,

2) dr hab. n. med. Łukasza Szarpaka,

3) dr hab. n. med. Ewę Rudnicką-Drożak

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 52/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
w sprawie przekazania środków
z Funduszu Wydawniczego
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4, art. 40 ust. 4 i art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przekazuje się środki Funduszu Wydawniczego Naczelnej Rady Lekarskiej przyznane na 2022 r. do budżetu Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej na 2022 r.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 53/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
uchylająca uchwałę w sprawie
utworzenia funduszu stypendiów
dla lekarzy i lekarzy dentystów
w celu doskonalenia zawodowego
oraz regulaminu przyznawania
stypendiów**

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 2021, poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Uchyla się uchwałę 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 oraz regulaminu przyznawania stypendiów.

§ 2.

1. Środki finansowe przyznane lekarzom i lekarzom dentystom w ramach funduszu stypendialnego do końca 2021 roku podlegają rozliczeniu do dnia 31 grudnia 2022 r.
2. Środki finansowe przyznane lekarzom i lekarzom dentystom w ramach funduszu stypendialnego w 2022 roku podlegają rozliczeniu do dnia 31 grudnia 2023 r.

§ 3.

1. Upoważnia się kol. Pawła Doczekalskiego do wykonywania zadań komisji

stypendialnej, o której mowa w uchwale 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 oraz regulaminu przyznawania stypendiów.

2. Uchyla się uchwałę Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 8/22/P-IX z dnia 24 czerwca 2022 r. w sprawie upoważnienia do wykonywania zadań komisji stypendialnej.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA Nr 54/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
w sprawie terminów posiedzeń
Naczelnej Rady Lekarskiej w roku
2023**

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się następujące terminy posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2023: 27 stycznia, 10 marca, 21 kwietnia, 2 czerwca, 25 sierpnia, 20 października, 15 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 1/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 21 października 2022 r.
w sprawie projektu ustawy o zmianie
ustawy o zawodach lekarza i lekarza
dentysty oraz niektórych innych
ustaw**

Odnosząc się do opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w wykazie prac legislacyjnych, informacji o projekcie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (UD 447), której wprowadzenie de facto będzie skutkowało znacznym zmniejszeniem ilości środków, jakie Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł przeznaczyć

na leczenie pacjentów, Naczelna Rada Lekarska ocenia planowane zmiany jako oburzające.

W wyniku tych zmian prawnych wprowadzone zostałyby regulacje skutkujące obciążeniem NFZ szeregiem dodatkowych kosztów bez możliwości pokrycia ich – jak to było dotychczas – środkami z budżetu państwa. Planowane w ten sposób przeniesienie finansowania na NFZ kosztów refundacji leków dla seniorów i kobiet w ciąży, świadczeń wysokospecjalistycznych, kosztów ratownictwa medycznego oraz kosztów zakupu produktów leczniczych stosowanych w ramach programów polityki zdrowotnej spowoduje realny spadek ilości środków, które będą mogły być przeznaczone przez NFZ na leczenie pacjentów. Podobny efekt przyniesie planowane zaprzestanie opłacania składki zdrowotnej z budżetu za osoby nieobjęte systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Szczególnie oburzająca zdaniem samorządu lekarskiego jest koncepcja wprowadzenia możliwości zasilenia Funduszu Przeciwdziałania COVID, z którego wydatkowane środki pozostałyby poza należytą kontrolą społeczną, środkami z funduszu zapasowego NFZ. W ten sposób składki zdrowotne wszystkich Polaków, niewydane na leczenie w poprzednich latach, zamiast być przeznaczone na leczenie, będą mogły być przez rządzących wydane na szeroko rozumiane finansowanie zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Już dziś w przestrzeni publicznej pojawiają się informacje o możliwych, niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem pacjentów sposobach przeznaczenia tych środków. Samorząd lekarski stanowczo podkreśla, że zdrowie obywateli nie powinno być obszarem, którego kosztem podejmowane będą próby rozwiązania problemów gospodarczych kraju. Naczelna Rada Lekarska uważa za zapowiadane zmiany za definitywne złamanie porozumienia zawartego przez Ministra Zdrowia ze środowiskiem lekarzy rezydentów podczas protestu w 2018 roku, kiedy to strona rządowa zobowiązała się do sukcesywnego zwiększania części PKB przeznaczonego na ochronę zdrowia, i wzywa do wycofania się z tych szkodliwych pomysłów.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

WYDARZENIA

UserKon

Zespół ds. e-zdrowia Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Centrum e-Zdrowia zapraszają na UserKon – spotkanie konsultacyjne z użytkownikami systemów informatycznych wykorzystywanych w ochronie zdrowia. Wydarzenie, zaplanowane na 25 stycznia 2023 r. o godz. 10:00 w siedzibie NIL przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie, będzie miało



charakter otwarty – jest kierowane do wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, którzy na co dzień korzystają z narzędzi takich jak System Informacji Medycznej, System Monitorowania Kształcenia, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, gabinet.gov.pl, itp.

– Celem spotkania jest wymiana doświadczeń i pomysłów rozwiązań na uprządkowanie współpracy między dostawcami a użytkownikami ww. systemów, w tym wskazanie, które z nich wymagają uaktualnienia, aby realnie odpowiadały teraźniejszym i przyszłym potrzebom polskich lekarzy i lekarzy dentystów – wskazuje przewodniczący Zespołu ds. e-zdrowia NIL Michał Gontkiewicz. W dyskusji ma zostać także poruszona propozycja Komisji Europejskiej dotycząca wprowadzenia Patient Summary, czyli dokumentu medycznego zawierającego podstawowe dane zdrowotne pacjenta, do którego w sytuacjach zagrożenia życia mieliby mieć dostęp medycy krajów UE (niezależnie z jakiego kraju pochodzi pacjent).

Spotkanie z lekarzami – rodzicami dzieci niepełnosprawnych

Naczelna Izba Lekarska zaprasza lekarzy wychowujących dzieci dotknięte niepełnosprawnością na spotkanie, podczas którego odbędzie się dyskusja na temat napotykanym problemów prawnych, organizacyjnych, systemowych, zawodowych, związanych z sytuacją rodzinną. Celem spotkania, zaplanowanego na 12 stycznia 2023 r. o godz. 11.00 w siedzibie NIL, jest wymiana doświadczeń, omówienie wyzwań i podjęcie próby wypracowania form wsparcia.

– Samorząd lekarski powinien reagować na prośby swoich członków o wsparcie. O wsparcie w pokonywaniu różnego rodzaju barier zgłaszają się m.in. lekarze będący rodzicami dzieci z niepełnosprawnością. By móc działać, musimy problemy poznać od środka, stąd pomysł spotkania, które otworzy swego rodzaju forum dyskusyjne. Zapraszam, czekamy na Państwa historie i uwagi – mówi prezes NRL Łukasz Jankowski. Zachęcamy do stacjonarnego udziału w spotkaniu. Odbędzie się ono w sali



na parterze w NIL, przy ul. Sobieskiego 110. Zgłoszenia prosimy kierować mailowo: dok@nil.org.pl. Istnieje również możliwość

uczestnictwa zdalnie. Pytania i prośby należy przysyłać na wskazany powyżej adres e-mail.

ANALIZA PROJEKTU USTAWY

CHODZI O JAKOŚĆ

Zrozumienie zasad działania „systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta” nie jest łatwe. Jeśli nowe przepisy wejdą w życie, wielu lekarzy będzie musiało stosować je na co dzień. Co się może zmienić w ich codziennej pracy?

Mariusz Tomczak Dziennikarz

Ostatnia wersja projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta liczy 66 stron maszynopisu. Z kolei raport z konsultacji publicznych i opiniowania, zawierający uwagi i propozycje zmian, to prawie 200 stron zadrukowanych drobnym maczkiem, ale gdyby został przygotowany tak, jak znormalizowany maszynopis, jego objętość byłaby dwa-trzy razy większa. Unaocznia to zakres planowanych zmian, a także skalę towarzyszących im wątpliwości i obaw.

I trudno się dziwić, bo jeśli ustawa o jakości wejdzie w życie, pojawią się nowe ramy działalności podmiotów leczniczych – w szczególności związane ze zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych. Lekarzom szpitalnikom nie będzie wolno ich ignorować. Skorzysta mają pacjenci. Stanie się tak, jeżeli – jak wskazało Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w jednym z podjętych stanowisk – to, co planuje Ministerstwo Zdrowia, nie będzie kolejnym „biurokratycznym obowiązkiem obciążającym personel medyczny, bez istotnego wpływu na rzeczywistą jakość i bezpieczeństwo”.

NIE TYLKO NO-FAULT

Śledząc doniesienia medialne, odnosi się wrażenie, że projekt ustawy dotyczy przede wszystkim systemu no-fault. A dokładniej tego, że nowe przepisy, jak utrzymuje minister zdrowia Adam Niedzielski, urzeczywistnią go w oparciu o „kompromis”, choć w ocenie dużej części środowiska lekarskiego wcale tak nie jest. – Ta ustawa nie zapewni realnego systemu

”

*Pojawia się
definicja zdarzenia
niepożądanego.*

no-fault – mówi bez ogródek prezes NRL Łukasz Jankowski. Planowane przepisy dotyczą jednak także wielu innych zagadnień. Jeśli wejdą w życie, nie wiem, czy w publicznym szpitalnictwie znajdzie się choćby jeden lekarz, którego nie obejmą w perspektywie kilku lat. Są to kwestie tak wielowątkowe, że nie da się w całości opisać ich w jednym artykule. Ba, nie zdołałbym tego zrobić, pisząc nawet trzy teksty o podobnej objętości co ten.

JAKOŚĆ – CO TO ZNACZY?

Jakość w opiece zdrowotnej zdefiniują wskaźniki określone w rozporządzeniu ministra zdrowia (więcej w ramce na następnej stronie). Uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń ma zmniejszyć częstotliwość występowania zdarzeń niepożądanych. To temat kontrowersyjny sam w sobie, wywołujący dyskusje zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród pacjentów. Ci ostatni często utożsamiają je, oczywiście mylnie, z błędami medycznymi.

JEDEN SZPITAL, DWA SYSTEMY

Ustawa określi zasady funkcjonowania „systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta” (każdy szpitalnik powinien zapamiętać tę zbitkę wyrazów, podobnie jak inną: „wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa”, który ma zawierać się w tym pierwszym). Te kwestie częściowo są już obecne w obowiązujących przepisach, ale w projekcie nie brakuje zupełnie nowych rozwiązań. Długo można spierać się o to, na ile uregulowanie w drodze odrębnego aktu prawnego kwestii monitorowania jakości świadczeń opieki zdrowotnej przyczyni się do większej skuteczności diagnostyki i leczenia, doskonalenia praktyki klinicznej czy poprawy bezpieczeństwa oraz satysfakcji pacjenta. Zdaniem ministra Adama Niedzielskiego bardzo, ale w środowisku lekarskim zdania na ten temat zapewne długo będą podzielone.

OCENA CZY PRESJA?

Po wejściu w życie nowych przepisów pojawi się dodatkowa możliwość dokonywania systematycznej oceny jakości udzielanych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a także podawania do publicznej wiadomości informacji na ten temat. Części lekarzy spędza to sen z powiek, ponieważ nie wszystko da się łatwo porównać w formie barwnych wykresów czy zestawień w Excelu. Pojawiają się obawy, czy obowiązkowa publikacja raportów dotyczących liczby zdarzeń niepożądanych będzie odpowiadać temu, co dzieje się w konkretnych placówkach, skoro osoby zgłaszające takie przypadki mogą robić to na różne sposoby,

W SKRÓCIE

Jakość w opiece zdrowotnej będzie mierzona przez wskaźniki określone przez ministra zdrowia.

Szkopuł w tym, że personel medyczny nie zawsze może mieć wpływ na to, czy zostaną one spełnione i czy będą stworzone ku temu warunki. W projekcie rozporządzenia zostały one pogrupowane w trzech obszarach:



1. KLINICZNE, np. odsetek pacjentów, u których wykonano reoperację, odsetek przypadków terminowego podjęcia leczenia, czas hospitalizacji w oddziale szpitalnym (dla wybranych świadczeń), śmiertelność wewnątrzszpitalna (w wybranych stanach klinicznych), liczba pacjentów z odleżynami (powstałymi w trakcie hospitalizacji), liczba wybranych zabiegów (np. wymiana stawu biodrowego, operacje zaćmy, zabiegi artroskopowe, angioplastyka);



2. KONSUMENCKIE, np. prowadzenie regularnych badań satysfakcji pacjenta związanych z pobytem w szpitalu (w formie udostępnienia ankiety), odsetek pacjentów, którzy wypełnili ankiety satysfakcji pacjenta (prawdopodobnie premiiowane będą wyniki powyżej średniej dla wszystkich świadczeniodawców);



3. ZARZĄDCZE, np. liczba skarg pacjentów składanych do NFZ w zakresie organizacji i sposobu udzielania świadczeń, posiadanie ważnego certyfikatu akredytacyjnego.

m.in. z uwagi na odmienną interpretację przepisów i inne podejście, zarówno własne, jak i swoich przełożonych. Dzięki ustawie pojawiają się kolejne narzędzia do sterowania szpitalami albo, mówiąc łagodniej, wymuszania na nich zmian. Ministerstwo Zdrowia i NFZ zyskają dodatkowy sposób finansowego motywowania placówek do podnoszenia poziomu jakości opieki, co zresztą jest otwarcie wskazywane jako jeden z celów nowej regulacji. Najlepsi będą premiiowani, a najgorsi karani, a warto pamiętać, że brak nagrody to też kara.

UWAGA, TU ŹŁE LECZĄ!

Zakładając, że porównywanie szpitali pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki nie okaże się fikcją, to z biegiem czasu zaczną odgrywać coraz ważniejszą rolę w codziennej pracy tysięcy pracowników szpitali, przede wszystkim medyków. Część lekarzy może niechętnie wiązać się z placówkami o najgorszych wynikach. Niektórzy zaczną oczekiwać wyższego wynagrodzenia za podjęcie pracy w publicznie napiętnowanym szpitalu. Gdy rozniesie się wieść, że gdzieś „źle leczą”, część pacjentów zacznie omijać takie miejsca szerokim łukiem. Chyba nikt nie ma wątpliwości, że media i organizacje pacjenckie nagłośnią te przypadki, a wieść o nich zacznie rozchodzić się pocztą pantoflową, bo to logiczna konsekwencja wejścia w życie planowanej ustawy. Kto wie, czy jak grzyby po deszczu nie zaczną powstawać rankingi związane z opieką nad pacjentami onkologicznymi czy listy najlepszych i najgorszych oddziałów ginekologiczno-położniczych z wymownym ostrzeżeniem: „Pacjencie! Tych szpitali unikaj!”. Oczywiście wyobraźni widzę takie nagłówki w drukowanych tabloidach i w popularnych portalach internetowych.

PIĘĆ WAŻNYCH ELEMENTÓW

„System jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta” wyznaczy pięć składowych: autoryzacja, „wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa”, akredytacja, rejestry medyczne i Rejestr Zdarzeń Niepożądanych (wszystkie charakteryzując na następnej stronie, a poniżej szerzej omówię tylko dwa pierwsze). Autoryzacja to nic innego jak ocena – z jednej strony spełniania wymogów dla personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a z drugiej – prowadzenia „wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem”. Chcąc posiadać umowę z NFZ, szpital będzie musiał ją otrzymać od prezesa Funduszu. Jeśli dojdzie do odmowy lub jej

cofnięcia, kolejny wniosek będzie można złożyć dopiero po upływie roku. W tym czasie szpital nie mógłby udzielać świadczeń finansowanych ze środków publicznych, co niewątpliwie odbije się na jego kondycji, a to może wiązać się m.in. z odpływem części kadr medycznych, gdy postawiony pod ścianą dyrektor szpitala zacznie oszczędzać na wszystkim i na wszystkich. Konia z rzędem temu, kto zna odpowiedź na pytanie, na jakich zasadach zostanie zapewniona opieka pacjentom w sytuacji, gdyby żadna placówka w regionie (np. na terenie kilku większych powiatów) w tym czasie nie uzyskała autoryzacji, która – co podkreślę – ma stanowić warunek zawarcia umowy z NFZ.

URZĘDNIK SPRAWDZI LEKARZY

Wizyty autoryzacyjne przeprowadzą pracownicy NFZ posiadający m.in. dostęp do pomieszczeń, w których lekarze udzielają świadczeń, a także mający wgląd do dokumentów (w toku konsultacji publicznych pojawiały się w tej sprawie obawy m.in. ze strony NRL). Prezes NFZ może rozpatrzyć wniosek szpitala bez odbycia wizytacji, wydając autoryzację warunkową na rok. Przepis jest elastyczny i bardzo dobrze, bo życie czasami pisze nieprzewidziane scenariusze, ale pojawia się obawa, czy nie będzie okazać do nadużyć. Czy nie stanie się batem na niepokornych dyrektorów, a jednocześnie furtką do przemykania oczu, gdy pojawią się naciski ze strony polityków?

NOWE SZPITALNE PROCEDURY

Do stworzenia „wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem”, składającego się m.in. z nowo utworzonych procedur, zostanie zobowiązany każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą. Uściślę: trzeba będzie go stworzyć i wdrożyć w życie (szkółąc cały personel medyczny, w tym również lekarzy zatrudnionych na kontraktach), a następnie prowadzić, monitorować i udoskonalać (np. podnosząc kompetencje personelu w zakresie udzielanych świadczeń). Placówki zostaną zobligowane m.in. do omawiania wniosków z analizy zdarzeń niepożądanych z personelem, „wdrożenia ich do praktyki postępowania medycznego”, a także do opracowywania i wprowadzania w życie rozwiązań ograniczających wystąpienie ich w przyszłości.

MAKSYMALNIE 72 GODZINY

Odpowiedzialnym za stworzenie „wewnętrznego systemu” ma być kierownik podmiotu. Personel zostanie zobowiązany

SKŁADOWE „SYSTEMU JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA”

autoryzacja, czyli ocena zgodności funkcjonowania szpitali z wymaganiami Ministerstwa Zdrowia i NFZ, wydawana co 5 lat przez prezesa Funduszu. Cel: weryfikacja spełnienia wymogów dla personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wymagań wynikających z wprowadzenia tzw. „wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa”. Uzyskanie autoryzacji ma być warunkiem zawarcia umowy z NFZ;

„wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa”, obejmujący działania zwiększające skuteczność i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń i satysfakcję pacjentów. Ma składać się z, jak to ujęto w projekcie ustawy, „zasad, procedur, metod, narzędzi, opisów stanowisk pracy, personelu oraz relacji pomiędzy nimi”;

akredytacja, tj. zewnętrzna ocena jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta (obecnie leży w gestii Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, ale jego zadania przejmie NFZ). Wprawdzie ma być dobrowolna, ale posiadanie ważnego certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez ministra zdrowia będzie punktowane jako jeden z elementów jakości opieki zdrowotnej. Wymagania akredytacyjne wzrosną (pojawiają się dodatkowe warunki jej przyznawania);

rejestry medyczne - nastąpi wzmocnienie nadzoru ministra zdrowia nad zasadami ich tworzenia i finansowania;

Rejestr Zdarzeń Niepożądanych, w którym przetwarzane będą dane o takich przypadkach. Ma zawierać m.in. opis podjętych środków zapobiegawczych i działań naprawczych wdrożonych bezpośrednio po zaistnieniu zdarzeń niepożądanych. Ich analizą zajmie się resort zdrowia, a wnioski corocznie trafią do publicznej wiadomości.

do identyfikowania i zgłaszania wszystkich zdarzeń niepożądanych, niezależnie od stopnia ciężkości i prawdopodobieństwa. Tak, wszystkich, w dodatku „niezwłocznie”, ale nie później niż 72 godziny od ich zaistnienia. W zgłoszeniu trzeba będzie podać m.in. dane osób umożliwiające ich identyfikację, więc nie będzie ono anonimowe. Dane zgłaszającego zdarzenie niepożądane co do zasady nie mogą być ujawniane, choć pozna je sąd lub prokurator (w związku z prowadzonym postępowaniem karnym), a także prezes NFZ (w razie prowadzenia czynności kontrolnych). Co ważne, osób zgłaszających zdarzenie niepożądane i biorących udział w udzielaniu świadczenia, w trakcie lub w wyniku którego do niego doszło, nie wolno szykanować. Za podejmowanie „działań represyjnych” (np. obniżenie wysokości wynagrodzenia, niekorzystną zmianę miejsca wykonywania pracy) ma grozić grzywna, kara ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch. Podobnie jak za ujawnienie lub udostępnienie danych osoby zgłaszającej taki przypadek.

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

W projekcie ustawy pojawia się definicja zdarzenia niepożądanego. Cytuję w całości: to „zdarzenie zaistniałe w trakcie lub

w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej”. Ta definicja z pewnością wpłynie na sposób postrzegania takich przypadków, także przez świat prawniczy. Dla części zdarzeń niepożądanych wprowadzony zostanie obowiązek przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych (więcej w ramce powyżej). W projekcie ustawy wymienia się m.in. brak dostępności sprzętu lub jego awarię. Takie przypadki trzeba będzie zgłaszać, więc stanie się jasne, gdzie urządzenia są sprawne, a gdzie czasami szwankują.

WYDATKI I OBOWIĄZKI

Po uchwaleniu ustawy należy się spodziewać wzrostu wydatków na zakup i serwisowanie sprzętu i aparatury medycznej. To wydaje się korzystne dla pacjentów, ale również dla lekarzy, często skarżących się,

Jeśli ustawa o jakości wejdzie w życie, przeprowadzenie analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych stanie się obowiązkowe dla tych zakwalifikowanych do kategorii wysokiego ryzyka oraz związanych:

- z działaniami chirurgicznymi lub procedurami inwazyjnymi (m.in. pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym, początkowo mylna identyfikacja pacjenta, procedury lub miejsca operowanego);
- z leczeniem i opieką nad pacjentem (m.in. początkowo mylna identyfikacja miejsca operowanego, nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku, odległy powstanie w szpitalu, upadek pacjenta, zgon położnicy, urazy i niedotlenienie okołoporodowe noworodka czy, co wydaje się dość pojemnym pojęciem, „niedostarczenie” lub opóźnienie opieki);
- z przetaczaniem krwi i jej składników (m.in. niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem, podanie niewłaściwej jednostki krwi i jej składników);
- ze sprzętem medycznym, wyposażeniem i organizacją pracy (m.in. brak dostępności sprzętu lub jego awaria);
- z zakażeniem szpitalnym (m.in. zakażenie *Clostridium difficile*, zakażenia miejsca operowanego po zabiegach planowych, późne odrespiratorowe zapalenie płuc - liczone powyżej 5 dni od rozpoczęcia terapii respiratorem).

że nie mają czym zdiagnozować choroby. W razie awarii nikt nie będzie mógł udawać, że wszystko jest w porządku. Za to kierownictwu szpitali przybędzie siwych włosów w trakcie poszukiwania pieniędzy na zapobieganie takim problemom. Na pytanie, skąd pozyskać dodatkowe środki na ten cel, w projekcie ustawy nie ma odpowiedzi, a przecież jakość kosztuje. Uchwalenie ustawy będzie wiązało się z dodatkowymi obowiązkami dla szpitali. Przynajmniej w niektórych placówkach zajdzie potrzeba zatrudnienia dodatkowego personelu administracyjnego i dokonania zmian w systemach informatycznych. Niewykluczone, że dostępność lekarzy dla pacjentów zmniejszy się, ponieważ najpierw część czasu pracy wypełnią przygotowania do zmian, a następnie ich stosowanie w codziennej praktyce, np. gdy dojdzie do zdarzenia niepożądanego. Resort zdrowia zapewnia, że korzyści wynikające z uchwalenia nowych przepisów przewyższą poniesione koszty.



LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Nowatorstwo MUSI BYĆ BEZPIECZNE

Z prof. *Iwoną Niedzielską*, prezes Polskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii, rozmawia Lucyna Krysiak.

Chirurgia czaszkowo-szczękowo-twarzowa bliższa jest medycynie czy stomatologii?

To jedyna specjalizacja, co do której nie ma wątpliwości, że powinna łączyć elementy medycyny i stomatologii. Aby przeprowadzać skomplikowane operacje, w których układ stomatognatyczny odgrywa kluczową rolę, potrzebna jest zarówno wiedza ogólnolekarska, jak i stomatologiczna – dlatego jestem zwolenniczką tworzenia warunków do podejmowania drugiego fakultetu w trybie pomostowym przez lekarzy oraz lekarzy dentystów.

Chirurdzy szczękowo-twarzowi w większości krajów kończą kierunek lekarski lub dwa kierunki, wybierając drugi fakultet w czasie specjalizacji. W Polsce lekarze, decydując się na ten krok, od początku do końca kształcą się we własnym zakresie, ponosząc wszystkie trudy i koszty z tym związane. Specjalizacja ta jest jednak niedoceniana i nieopłacalna. W USA chirurdzy szczękowo-twarzowi są, po anestezjologach, najlepiej wynagradzaną grupą lekarzy. Dlatego należy docenić wysiłki polskich lekarzy, którzy mimo przeciwności uzyskują tytuł specjalisty i podejmują pracę w oddziałach zabiegowych. Trafiają tam tylko wybitni i ambitni.

Medycyna otwiera nowe możliwości, gdy jest wpleciona w inne dyscypliny naukowe. Jakie ma to odniesienie do praktyki?

Moje życie zawodowe lekarza, stomatologa, dydaktyka i naukowca to wielka przygoda, która stała się ciekawa, ponieważ spotykałam na swojej drodze mądrych ludzi, pasjonatów, odkrywców, także z różnych pozamedycznych dyscyplin naukowych. Nie zawsze rozumiałam język, którym się posługiwali, ale czas poświęcony na długie rozmowy i zagłębianie się w tematy trudne sprawiał, że nawet język ścieżek sygnalizacyjnych wzajemnych oddziaływań genów stał się zrozumiały. Dostrzegłam, jak bogata staje się medycyna, gdy możemy wpleść w nią trochę kropek kwantowych, genów i gdy to prowadzi do wynaleźnienia lub udoskonalenia „czegoś”, co nie tylko ratuje życie, ale poprawia jego jakość. Mam na myśli m.in. projekty drukowanych lub frezowanych implantów twarzy, które pozwoliły ludziom wyjść z zacisza domów, komunikować się, jeść, po prostu żyć. Dzięki nowym technologiom, współpracy z inżynierami i fizykami, możemy wykonać np. idealną endoprotezę stawu jako odwzorowanie strony zdrowej, nie korzystając z gotowych szablonów endoprotez. Możemy też budować równocześnie wszystkie ściany oczodołów czy zawiesić wydrukowaną szczękę tam, gdzie jej już nie ma.

Często wprowadzamy nowe rozwiązania technologiczne z własnymi modyfikacjami, np. terapię podciśnieniową, którą trudno zastosować w ranach twarzy, gdzie nie można wytworzyć podciśnienia, termografię do diagnostyki małych bezobjawowych ognisk zapalnych u pacjentów z infekcją czy, dzięki współpracy z centrum biotechnologii, przygotowywać perfekcyjnie pobór przeszczepu lub wprowadzania do niego implantów. Także badania genetyczne przesadzają się w praktyczne wytyczne dla chorych – dzięki nim dowiadujemy się, że np. należy odciąć się od czynników kancerogennych, zmienić styl życia.

Żyjemy w czasach rosnącej urazowości oraz chorób nowotworowych, również okolic twarzy. Gdzie trafiają tacy pacjenci? Do oddziałów szpitalnych czy prywatnych klinik stomatologicznych?

Chirurgia szczękowo-twarzowa dawniej głównie zajmowała się diagnostyką i leczeniem patologii zębopochodnych. Dzisiaj to dział chirurgii onkologicznej, w tym rekonstrukcyjnej, gdzie stosuje się techniki mikrozespołów naczyńiowych, perfekcyjnego przygotowywania poboru przeszczepów z innych okolic ciała w oparciu o modele stereo litograficzne, bezpiecznej i szybkiej traumatologii, w której elementy mocujące doginane są poza pacjentem, leczenia wad rozwojowych twarzoczaszki za pomocą neuronawigacji pozwalającej przesunąć przeciętą szczękę i rozszczepioną żuchwę w idealny sposób, wstępnie zaplanowany i analizowany w odpowiednich programach symulacyjnych, i wreszcie nowatorskie zabiegi oparte o najnowocześniejsze technologie – w tym złożone implanty indywidualne 3D, które mogą zastąpić każdą kość w każdym wymiarze przestrzennym, a dzięki epitezom również tkanki miękkie mocowane na implantach, kleju czy okularach. Leczymy i operujemy schorzenia zębo- i niezębopochodne, w tym patologie struktur kostnych i miękkich głowy i szyi. Jest to możliwe wyłącznie w oddziałach klinicznych świadczących usługi o najwyższej referencyjności.

Jaka jest obecnie sytuacja oddziałów chirurgii czaszkowo-twarzowej, jeśli chodzi o finansowanie nowatorskich zabiegów?

W oddziałach szpitalnych świadczenia z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej są finansowane przez NFZ. Podobnie jak usługi z chirurgii stomatologicznej udzielane w ramach poradnictwa ambulatoryjnego. Procedur wysokospecjalistycznych, które wymagają nowoczesnego sprzętu i technologii, nie ma na liście płatnika. Także stosowanie nowoczesnych urządzeń, w tym mikroskopu

do wykonywania precyzyjnych zabiegów przeszczepowych, neurostymulatora dla ochrony nerwu ruchowego w zabiegach na śliniankach, stawie skroniowo-żuchwowym, złamanych wyrostkach kłykciowych czy artroskopów, nie znalazło się w koszyku świadczeń refundowanych. Brak refundacji dotyczy także nowoczesnych zbiegów rekonstrukcyjnych z użyciem przeszczepów na mikrozespołach naczyńiowych czy rekonstrukcji z użyciem implantów indywidualnych drukowanych lub frezowanych, nie mówiąc o protezowaniu takich chorych. Wykonywanie nowatorskich zabiegów wymaga indywidualnych zgód od dyrekcji szpitali i od NFZ. Nie możemy przez to zaspokoić potrzeb wszystkich pacjentów oczekujących na innowacyjny zabieg w długiej kolejce.

Pozostaje im skorzystać z usług sektora prywatnego?

Chirurgia szczękowo-twarzowa funkcjonuje w sektorze prywatnym tylko dla procedur pewnych, obarczonych małym ryzykiem powikłań. W przypadku zabiegów skomplikowanych, rozległych, bezpiecznym miejscem jest sektor publiczny, wyposażony w oddział intensywnych terapii, jak również w sprzęt diagnostyczny i rehabilitacyjny o wysublimowanych wymaganiach dla tak specyficznego obszaru ciała, jakim jest twarzoczaszka. Chirurgia stomatologiczna i mało zaawansowana chirurgia szczękowo-twarzowa świetnie radzą sobie w sektorze prywatnym, w sektorze publicznym leczone są najtrudniejsze przypadki.

Czym różnimy się od światowych centrów operacyjnych w tej dziedzinie?

Polscy chirurdzy szczękowo-twarzowi nie powinni mieć kompleksów. Są wybitni. Nie jest tajemnicą, że w innych krajach baza sprzętowa

jest perfekcyjna, niczego nie brakuje. Z wiedzą, którą mają Polacy, nowatorskie zabiegi sięgnęłyby po nagrodę Nobla... gdyby były warunki, sprzęt, wsparcie i pieniądze.

Jak rozwiązać deficyt kadr w tej specjalności?

Chirurgia szczękowo-twarzowa to dziedzina elitarna. Jest wyzwaniem dla lekarzy, którzy wybierają tę specjalizację. Podejmują ją, by przełamywać stereotypy, uczestniczyć w nowatorskich operacjach i opracowywaniu nowych koncepcji. Jednak to nie przekłada się na płace. Odpowiednie zarobki zachęciłyby tak wąską, wręcz nieliczną grupę lekarzy do pracy w oddziałach zabiegowych. To są pasjonaci, którzy mogliby pracować w prywatnych gabinetach w większym komforcie finansowym i psychicznym, a wybierają trudną, wieloletnią specjalizację, wymagającą obszernej wiedzy i umiejętności.

Boleję jednak nad tym, że jedynym kryterium otwarcia specjalizacji w dyscyplinach zabiegowych jest dobrze zdany test, a pomijany jest czynnik ludzki, predyspozycje manualne, umiejętność kontaktu z pacjentem i to, co dla mnie najważniejsze, kultura osobista. W wielu branżach poza medycznych kryterium zatrudnienia jest rozmowa kwalifikacyjna, która jest tu pominięta. Być może rozwiązanie, które uwzględniłoby wynik testu, rozmowy kwalifikacyjnej i dodatkowej punktacji za osiągnięcia zawodowe, naukowe, dydaktyczne mogłoby sprawić, że kształcilibyśmy chirurgów, którzy nie tylko mają talent, ale i cechy charakteru, które sprawią, że wszyscy, w tym pacjenci, pocują się bezpiecznie. Problemem jest także brak zajęć lub migawkowe zajęcia z tego przedmiotu na studiach. Dlatego tak istotne jest umożliwienie uzupełnienia drugiego faktułu w szybkim, pomostowym trybie.

Jaki jest udział Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Stomatologicznej i Implantologii w propagowaniu wiedzy na ten temat?

Intencją towarzystwa jest wyjście naprzeciw oczekiwaniom lekarzy i lekarzy dentystów, którzy chcą swoją drogą zawodową związać z chirurgią szczękowo-twarzową. Chcemy być trampoliną do ich sukcesu i poprawy jakości oraz bezpieczeństwa leczenia chorych. Stawiam na towarzystwo ponad podziałami, które powinno zrzeszać wielu wybitnych naukowców z medycyny i nauk pozamedycznych. Chodzi o to, by otwarcie mówić o błędach i powikłaniach. Konferencje dotyczące błędów w sztuce lekarskiej i profilaktyki onkologicznej, które udało się w przeszłości zorganizować, cieszyły się największą frekwencją. Zamierzamy do tego powrócić. Troska o bezpieczeństwo chorych jest najważniejsza.

Zespół lekarzy ze szpitala klinicznego im. A. Mieleckiego SUM w Katowicach, kierowany przez prof. Iwonę Niedzielską, otrzymał „Złoty Skalpel 2022”. Nagroda przyznawana jest dla autorów innowacyjnych rozwiązań w medycynie. Zespół prof. Niedzielskiej otrzymał ją za przeprowadzenie nowatorskich zabiegów rekonstrukcyjnych twarzoczaszki. Wykonuje się je z wykorzystaniem złożonych, zaawansowanych i spersonalizowanych implantów 3D. Stworzone konstrukcje odtwarzają idealnie te fragmenty twarzy, które ucierpiały w wyniku urazu czy choroby. Tak duże, skomplikowane, spersonalizowane konstrukcje, wykonano w Polsce po raz pierwszy. Wielu pacjentów przed wyprowadzeniem tego innowacyjnego leczenia nie mogło normalnie żyć z powodu szpecących deformacji czy utraty sprawności. Osiągnięcia zespołu chirurgów z Katowic w zakresie nowatorskich rozwiązań zauważono już wcześniej i nagrodzono „Złotym Otisem” oraz wyróżniono nagrodą „Lider Medycyny”.

Jak być szczęśliwym?



Ludzie szczęśliwi żyją dłużej i zdrowiej się odżywiają – twierdzi norweska badaczka Ragnhild Bang Nes, która przez ponad 16 lat prowadziła badania nad szczęściem. W swojej książce „Cudowna kuracja. Jak stać się szczęśliwym w 31 dni” przyznaje, że za 80 proc. długotrwałego szczęścia odpowiedzialne są geny, co nie oznacza, że jego osiągnięcie zależy wyłącznie od nich.

Ragnhild Bang Nes jest psychologiem. Tłumaczy, jak korzystać z doświadczeń naukowców, aby stać się szczęśliwym. Można to osiągać, nie tylko czerpiąc z małych przyjemności, praktykując hedonistyczne podejście do życia. – Mamy też szczęście eudaimoniczne, które podkreśla etyczne walory doświadczenia życiowego – twierdzi Ragnhild Bang. Podkreśla, że dobrostan to zmniejszone

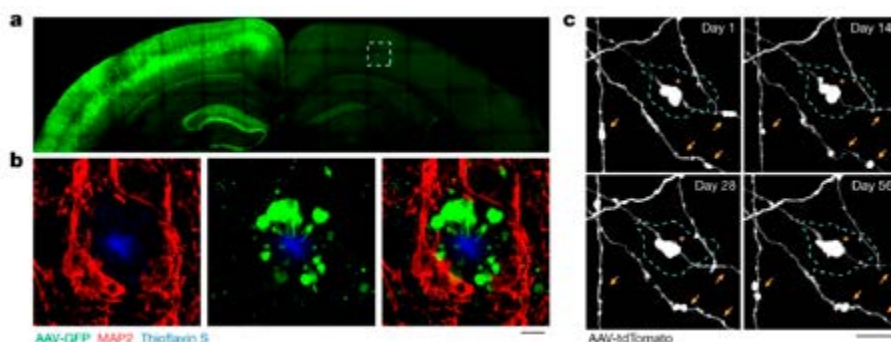
ryzyko problemów ze zdrowiem psychicznym i poprawa funkcjonowania układu immunologicznego. Odczuwanie radości/szczęścia dobrze wpływa na zmniejszenie fizycznych i biologicznych skutków stresu, co wynika z działania układu współczulnego i przekłada się na wydłużenie życia. Jedno z badań, które objęło mieszkańców USA, pokazało, że odczuwanie dobrostanu miało wpływ na wydłużenie życia prawie o 5 lat. – Niektóre badania pokazują, że może to być nawet 7-8 lat – mówi badaczka. Z kolei badania na bliźniętach prowadzone w Norwegii wykazały, że niektórzy ludzie są bardziej predysponowani do odczuwania szczęścia. – Trudno oczekiwać, że powstanie jakaś jedno lekarstwo, które będzie pasowało wszystkim. Ważne jest, aby sposób na szczęście dostosowywać do siebie – podkreśla norweska badaczka. Dodaje jednak, że jej zespół opracował 5 tematów, które mogą być uniwersalne dla osiągnięcia szczęścia: łączenie się w dobre relacje z innymi, bycie aktywnym, uważność, ciągłe uczenie się oraz dawanie. ■■■

Źródło: Nauka w Polsce

Obrzęk aksonów a choroba Alzheimera

Nieprawidłowe agregaty białkowe są cechą charakterystyczną choroby Alzheimera. Okazuje się, że płytki te powodują obrzęki wypustek neuronalnych, zwanych aksonami, które uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie obwodu.

Dokładne mechanizmy prowadzące do pogorszenia funkcji poznawczych w chorobie Alzheimera są nieznane. „Identyfikujemy sferoidy aksonalne związane z płytkami amyloidowymi jako znaczące czynniki przyczyniające się do dysfunkcji sieci neuronowej. Wykorzystując przyżyciowe obrazowanie wapnia i napięcia, pokazujemy, że mysz model choroby Alzheimera wykazuje poważne zakłócenia w połączeniach aksonalnych dalekiego zasięgu. To zakłócenie jest spowodowane blokadami przewodzenia potencjału czynnościowego z powodu powiększających się sferoid, które działają jak opadanie prądu elektrycznego w sposób zależny od wielkości” – piszą Peng Yuan, Mengyang Zhang i Lei Tong z Kliniki Neurologii



a. konfokalne obrazy mózgu myszy po jednostronnym wstrzyknięciu AAV2-GFP; b. obrazy z regionu z zaznaczonym przerywanym polem, pokazujące sferoidy aksonalne, które mogą pochodzić tylko z aksonów wystających przez modelowane (zielony), które nie są związane ze znacznikiem dendrytycznym MAP2 (czerwony). Pasek skali 5 μm; c. dwufotonowy wpływ czasu in vivo sferoid aksonalnych w pobliżu blaszki amyloidowej (cyjanowe linie przerywane), pokazujący dynamiczne (strzałki) i stabilne (gwiazdka) struktury. Pasek skali 5 μm.

Uniwersytetu Yale (USA), którzy wyniki swoich badań opublikowali w „Nature”. Jak pokazują badania, ukierunkowana modulacja biogenezy endolizosomalnej w neuronach mogłaby potencjalnie od-

wrócić nieprawidłowości obwodów nerwowych wywołane sferoidami aksonalnymi w chorobie Alzheimera, niezależnie od usunięcia amyloidu. ■■■

Źródło: nature.com

NAUKA W PIGUŁCE

Doświadczanie stresu zmniejsza się wraz z wiekiem

Wyniki ostatnich badań prowadzonych przez Davida Almeida, profesora rozwoju człowieka i badań nad rodziną w Penn State, wykazały, że liczba codziennych stresorów i reaktywność ludzi na codzienne stresory zmniejsza się wraz z wiekiem. Odkrycia te zostały opublikowane w czasopiśmie „Developmental Psychology”.

– Jest coś w starzeniu się, co prowadzi do mniejszej liczby stresorów. Mogą to być rodzaje ról społecznych, które pełniimy w miarę starzenia się. Jako młodszy ludzie możemy więcej żonglować, w tym pracą, rodziną i domem, a to wszystko powoduje codzienne stresy. Ale wraz z wiekiem zmieniają się nasze role społeczne i motywacje. Starsi ludzie mówią o chęci maksymalizacji i cieszenia się czasem, który mają – zauważa prof. Almeida.

Zespół badawczy wykorzystał dane z National Study of Daily Experiences

(NSDE), ogólnokrajowego badania prowadzonego przez Almeida z Penn State, w ramach którego zebrano obszerne dane na temat codziennego życia z ponad 40 tys. dni z życia ponad 3 tys. dorosłych w ciągu 20 lat, poczynając od 1995 r. W chwili rozpoczęcia badania respondenci byli w wieku od 25 do 74 lat i zostali zaproszeni do udziału w NSDE w ramach większego projektu Midlife in the United States (MIDUS), kierowanego przez University of Wisconsin – Madison Institute on Aging.

Badacze odnotowali spadek skutków codziennego stresu zarówno co do liczby zgłaszanych stresorów codziennych, jak i reaktywności emocjonalnej na nie. Na przykład 25-latkowie zgłaszali stresory prawie w 50 proc. wszystkich dni, podczas gdy 70-latkowie jedynie w przypadku 30 proc.

Oprócz spadku liczby zgłaszanych codziennych stresorów, Almeida i zespół

badawczy odkryli również, że wraz z wiekiem ludzie są mniej reaktywni emocjonalnie na codzienne czynniki stresowe. – 25-latek jest znacznie bardziej zrzędlivy w dni, w których doświadcza stresu, ale z wiekiem naprawdę odkrywa, jak zmniejszyć poddawanie się im – mówi autor badania. I dodaje, że codzienny stres stale spada aż do połowy 50. r.ż. Naukowcy zauważyli także, że starszy wiek, do późnych lat 60. i wczesnych 70., może przynieść więcej wyzwań i niewielki wzrost przypadków codziennego stresu.

– Starzenie się w wieku od 35 do 65 lat bardzo różni się od starzenia się w wieku od 65 do 95 lat. Zaczęliśmy już to dostrzegać w danych, ale kolejna runda ich gromadzenia i analizy pozwoli nam jeszcze lepiej zrozumieć, jak to wygląda – podsumowuje Almeida. ■■

Źródło: psycnet.apa.org

Zalecenia pocovidowe: współautorem Polak

W najnowszym numerze „Nature” ukazały się wyniki badania na temat strategii minimalizacji skutków przyszłych pandemii.

Liczący 386 ekspertów ze 100 krajów panel, dzięki badaniu prowadzonemu metodą Delphi, opracował listę zaleceń, które pozwolą bronić się przed pandemią bez zwiększania obciążeń społecznych. Z grona polskich naukowców w panelu uczestniczył prof. dr hab. Mariusz Gujski, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM. Wypracowane zalecenia oficjalnie zaaprobowano ponad 150 organizacji na całym świecie.

Long COVID nadal stanowi duże zagrożenie dla rekonwalescentów i nie poddaje się leczeniu. Wirus ciągle mutuje, więc potencjalnie może omijać bariery wytworzone podczas szczepień. Z tych powodów autorzy badania nadal uważają COVID-19 za poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego na świecie.

– Każdy kraj zareagował inaczej i często nieodpowiednio, co w znacznej mierze wynikało z braku porozumienia, a także

jasno określonych celów – powiedział prof. Jeffrey V. Lazarus, badacz ISGlobal i koordynator badania. Aby wypracować globalny konsensus, który pozwoliłby w przyszłości uniknąć poważnych błędów, prof. Lazarus i jego współpracownicy przeprowadzili badanie, które zakłada osiągnięcie przez uczestników – międzynarodowych ekspertów z różnych dziedzin – wysokiego poziomu porozumienia w procesie udzielania odpowiedzi na zadane pytania badawcze. Powstało 41 też i 57 zaleceń zgrupowanych w sześciu obszarach: komunikacja, system opieki zdrowotnej, szczepienia, profilaktyka, terapia oraz nierówny dostęp do opieki medycznej.

– Wyniki panelu wskazują, na co powinniśmy zwrócić uwagę i jak pracować, żeby następnym razem działać skuteczniej. Dotyczy to zarówno ewentualnej groźnej mutacji COVID-19, której pojawienia się nie można wykluczyć, jak i – szerzej – scenariusza reagowania na wybuch każdej pandemii – powiedział prof. Mariusz Gujski z WUM.

Trzy najważniejsze zalecenia ekspertów to:

- wspólna strategia dla całego społeczeństwa, co pozwoli uniknąć rozpraszania wysiłków,
 - koordynacja działań między poszczególnymi ministerstwami w celu zapewnienia większej efektywności systemu opieki zdrowotnej,
 - utrzymanie koncepcji „szczepienia plus” obejmującej masowe szczepienia przeciw COVID-19, a także inne środki profilaktyczne, jak również dostęp do optymalnego leczenia i wsparcia finansowego.
- Położyliśmy nacisk przede wszystkim na zalecenia dotyczące zdrowia i polityki społecznej, które można wdrożyć w ciągu miesięcy, a nie lat, aby jak najszybciej wyeliminować zagrożenie dla zdrowia publicznego, jakim wciąż jest pandemia COVID-19 – poinformował Quirque Bassat, badacz ICREA w ISGlobal i współautor opracowania. ■■

Źródło: materiały prasowe WUM

DOSKONALENIE ZAWODOWE

Bezpiecznie I ZGODNIE Z PRAWEM

Z *Jędrzejem Stępniewskim*, współnikiem kancelarii dotlaw, specjalizującej się w doradztwie na rzecz przedsiębiorstw z branży IT, nowych technologii i ochrony zdrowia, rozmawia *Lucyna Krysiak*.



”

Chodzi o to, aby jak najlepiej wykorzystać czas lekarza i pacjenta.

Jak rozumieć hybrydowy model opieki nad pacjentem?

To model łączący klasyczną opiekę lekarską, opartą na bezpośrednim kontakcie z pacjentem podczas wizyty w gabinecie, z opieką wirtualną, stosującą zdobycze technologii, czyli szeroko pojętą telemedycyną, w skład której wchodzi m.in. telekonsultacje, zdalne monitorowanie zdrowia, czat. Model ten niesie szereg uwarunkowań prawnych, o których lekarze najczęściej nie wiedzą. Moją rolą, jako prawnika prowadzącego szkolenia w tym zakresie, jest przedstawienie hybrydowego modelu opieki nad pacjentem w kontekście obowiązującego prawa. Chodzi o to, aby działać zgodnie z prawem i nie popaść w kłopotliwe oraz ryzykowne sytuacje, których konsekwencje mogą być dla lekarzy znaczące.

Najbliższe szkolenie w tym zakresie, organizowane przez Ośrodek Kształcenia COBIK NIL, odbędzie się już 19 grudnia. Skąd zapotrzebowanie na edukację na ten temat? Czy kryją się za tym pandemia i praca zdalna?

Pandemia i praca zdalna przyczyniły się do rozwijania modelu hybrydowego opieki nad pacjentem, ale zamysł ma szerszy zasięg. Chodzi o to, aby jak najlepiej wykorzystać czas lekarza i pacjenta, aby w sytuacjach niewymagających wizyty w gabinecie posiłkować się kontaktem poprzez komunikatory. Często pacjenci mają do lekarza pytania związane z zażywaniem leków i zagadnieniami dotyczącymi procesu leczenia. W takich przypadkach wizyta lekarska nie jest niezbędna, a w sytuacji osób starszych i przewlekłe chorych obciąża dodatkowo chorego. Hybrydowy model pozwala też bardziej racjonalnie zarządzać kadrami i usługami medycznymi.

Jak duże jest zainteresowanie wśród lekarzy szkoleniami dotyczącymi hybrydowego modelu opieki medycznej?

Choć sama praca hybrydowa wzbudza zainteresowanie wśród lekarzy, to wciąż wydaje się z ich perspektywy i doświadczeń zawodowych mało dostępna. Dlatego zdecydowaliśmy się przygotować cykl szkoleń na ten

temat. Pierwsze, jak już pani wspomniała, odbędzie się w grudniu, kolejne w lutym przyszłego roku i będzie dotyczyć komunikacji na linii lekarz-pacjent w hybrydowym modelu opieki medycznej. Ostatnie szkolenie z tego cyklu przypada na maj, a tematem wiodącym będzie integracja rozwiązań telemedycznych z bezpośrednim i osobistym kontaktem z pacjentem. Chcę jednak zaznaczyć, że hybrydowy model z prawnej perspektywy jest bardziej skomplikowany, ponieważ łączy ze sobą różne światy. Na przykład, teleporady muszą odbywać się w określonym reżimie prawnym, szczególnie jeśli prowadzi się je w placówkach POZ, które mają podpisane kontrakty z NFZ. Mamy też cały szereg przepisów prawnych dotyczących ochrony danych osobowych i cyberbezpieczeństwa, które wpływają na obowiązki lekarzy i zatrudniających je podmiotów leczniczych. Finalnie ostatnią grupą regulacji, która też wpływa na możliwość wykonywania pracy hybrydowej, są przepisy prawa pracy. Warto pamiętać, że podmiot leczniczy, który zatrudnia pracowników i umożliwia im pracę zdalną, ma obowiązek wdrożyć odpowiednie regulaminy wewnętrzne, które opisują zasady pracy zdalnej, jak i przeszkolić swój personel odnośnie tego, jak z punktu widzenia prawa ta praca ma wyglądać, by była legalna i bezpieczna dla lekarza i pacjenta.

Cykl zapowiadanych szkoleń ma trzy aspekty. Jakież?

Pierwszy to aspekt prawny, o którym już powiedziałem. Drugi to aspekt organizacyjny – nim zajmie się Tina Sobocińska, specjalistka w zakresie organizacji pracy hybrydowej działająca w międzynarodowych firmach. Należy pamiętać, że praca zdalna ma swoją specyfikę, dlatego tak ważne jest, aby stworzyć odpowiednie środowisko do takiej pracy. Konieczna jest znajomość i przestrzeganie określonych zasad, aby wdrożyć ją z sukcesem. Trzecim aspektem – medycznym – zajmie się Joanna Gryglewicz, specjalistka chorób wewnętrznych oraz zarządzania w ochronie zdrowia, absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie oraz Akademii L. Koźmińskiego w Warszawie. Tematem będzie technologia jako podstawa hybrydowego modelu opieki nad pacjentem w kontekście integracji rozwiązań telemedycznych z bezpośrednim i osobistym kontaktem z pacjentem. W tym szkoleniu chodzi o to, aby wskazać uczestnikom, na co trzeba zwrócić uwagę przy wyborze rozwiązań, aby spełniało wszystkie trzy wspomniane aspekty pracy hybrydowej: bezpieczeństwo pod względem prawnym, odpowiednią organizację pracy i dopasowanie do potrzeb pacjenta.



INICJATYWY

Miesiąc pierwszy za nami!

Minął pierwszy miesiąc kampanii „Bezpieczne Leczenie”, którą miałem przyjemność przybliżyć w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej”. Ma ona na celu poruszenie trudnego tematu zdarzeń niepożądanych w medycynie, przybliżenie środowisku medycznemu i opinii publicznej wad aktualnego systemu ustalania odpowiedzialności medyka oraz wypłacania odszkodowań.



Sebastian Goncerz

Wiceprzewodniczący Porozumienia
Rezydentów, koordynator akcji
„Bezpieczne Leczenie”

W tym celu Porozumienie Rezydentów połączyło siły z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA-Poland, Porozumieniem Chirurgów SKALPEL, okręgowymi komisjami młodego lekarza i Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy. Kampania odbywa się pod patronatem honorowym Naczelnej Izby Lekarskiej.

Wyobraźcie sobie system, w którym medyk może:

- otwarcie powiedzieć pacjentowi, że doszło do wystąpienia zdarzenia niepożądanego
- wyjaśnić, jak do tego doszło
- przeprosić i wyrazić żal
- zapewnić, że coś takiego nie wydarzy się w przyszłości ani jemu, ani nikomu innemu
- pomóc w uzyskaniu finansowej rekompensaty
- nie bać się represji z powodu wystąpienia zdarzenia niepożądanego
- skupić się na leczeniu i poprawie stanu zdrowia pacjenta

Brzmi niewiarygodnie? Tak właśnie rozpoczął swój wykład Martin Erichsen, jeden z organizatorów Danish Compensation System (systemu kompensacji za zdarzenia medyczne, który funkcjonuje w Danii od 30 lat) podczas spotkania zorganizowanego w ramach kampanii „Bezpieczne Leczenie”. W kraju

liczącym 5,8 mln obywateli poprzez ten system rozpatrywanych jest rocznie w procesie administracyjnym 12,5 tys. wniosków o rekompensatę, z czego jedna trzecia kończy się wypłaceniem pieniędzy – i to wszystko anonimowo, bez orzekania o winie medyka. W naszym kraju, liczącym 38 mln obywateli, rocznie prokuratura proceduje około 4 tys. spraw, z czego 100-200 kieruje do sądu, a tam aktem oskarżenia kończy się kilka do kilkunastu z nich. W czasie swojego funkcjonowania duński system zgromadził 150 tys. zakodowanych przypadków, które są analizowane w celu poprawy jakości opieki. Gdy czytam takie statystyki, nasuwa mi się jedna główna myśl – jakiegokolwiek zwlekanie z wprowadzeniem analogicznego systemu jest zwyczajnie nieetyczne.

CO JUŻ OSIĄGNIĘLIŚMY?

Spotkanie z Duńczykami było jednym z wielu wydarzeń odbywających pod szyldem „Bezpieczne Leczenie”. Kampanię rozpoczęliśmy 4 listopada manifestacją inauguracyjną pod budynkiem Sejmu i konferencją prasową w jego wnętrzu. W tym samym czasie przed siedzibami prokuratur w całym kraju pojawiły się fartuchy lekarskie.

Ponadto rozmawialiśmy z Parlamentem Młodych RP – opowiedzieliśmy o problemach aktualnego systemu ochrony zdrowia i wysłuchaliśmy ich opinii na temat kampanii.

Rozpoczęliśmy też rozprzestrzenianie ulotek i plakatów w placówkach medycznych. Można znaleźć w nich podstawowe informacje o kampanii oraz kod QR prowadzący do strony Naczelnej Izby Lekarskiej.

W dniach 26 listopada i 3 grudnia w piętnastu miastach Polski miał miejsce finał kampanii IFMSA-Poland „Zdrowie pod Kontrolą” dotyczącej profilaktyki medycznej, podczas którego przedstawiliśmy założenia akcji „Bezpieczne Leczenie”.

Kampania została przedstawiona w trakcie wielu wydarzeń i spotkań. Miałem przyjemność wystąpić na konferencji OIL w Krakowie „Pierwsze kroki w zawodzie lekarza”, ponadto otrzymałem zaproszenie do udziału w debacie o systemie no-fault na Kongresie Prawa Medycznego w Krakowie.

CO PRZED NAMI?

Zamierzamy kontynuować spotkania edukacyjne, także skierowane do innych medycznych grup zawodowych. Chcemy zorganizować kolejną konferencję prasową, podczas której podsumujemy ostatnie działania, powtórzmy założenia kampanii i ponownie zwrócimy uwagę społeczeństwa na tę problematykę. Czas również rozpocząć cykl spotkań z politykami, przedstawić im założenia kampanii i uzasadnić nasze postulaty – to od nich zależy, czy nasze postulaty wejdą w życie.

PODSUMOWUJĄC

W czasie pracy nad kampanią coraz bardziej utwierdzam się w przekonaniu, że bezpieczne leczenie to nie tylko zmiana legislacyjna, ale nowy sposób myślenia o odpowiedzialności, błędach czy winie. Taka zmiana musi nastąpić także w naszej świadomości, w podejściu nas wszystkich do zdarzeń niepożądanych, by jakiegokolwiek zmiana organizacyjna lub legislacja miała szansę przynieść realne korzyści. Dlatego chcę zostawić Was z cytatem z rekomendacji Rady Europy w zakresie bezpieczeństwa pacjenta, dokumentu, który nasz kraj podpisał w 2006 r. i do dziś pozostaje jedynym, który jego założeń nie wprowadził:

„Trzeba zaakceptować, że ludzie będą popełniać błędy, a procesy i sprzęt czasami zawiodą. Należy zaakceptować, że w określonych okolicznościach i z różnych powodów ludzie mogą popełniać błędy”.

WYDARZENIA

Priorytety w Ochronie Zdrowia 2023



Przed nami kolejna edycja konferencji „Priorytety w Ochronie Zdrowia”. Wydarzenie zaplanowano na 25 stycznia 2023 r. w Zamku Królewskim w Warszawie, ale organizatorzy przewidzieli także możliwość uczestnictwa online. Zwiększeniem konferencji będzie gala prestiżowego konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny” - w którym laureatami zostają osoby oraz podmioty, które odniosły sukces w ochronie zdrowia.

Spotkanie jest dobrą okazją do dyskusji o systemie ochrony zdrowia w Polsce i wypracowania propozycji rozwiązań na poprawę opieki zdrowotnej w naszym kraju - zarówno w zakresie organizacji systemu, jak i wprowadzania innowacyjnych terapii. Wysoki poziom merytorycznych debat, wykładów i prezentacji zapewnią wybitni naukowcy, specjaliści poszczególnych dziedzin medycyny, światowej klasy eksperci, decydenci

kształtujący system opieki zdrowotnej w Polsce, przedstawiciele największych globalnych firm farmaceutycznych, przedstawiciele organizacji pacjenckich oraz reprezentanci kluczowych organizacji sektora zdrowotnego.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej objął wydarzenie patronatem honorowym, a „Gazeta Lekarska” została patronem medialnym. Szczegóły na temat spotkania: www.termedia.pl/wydarzenia

Top Medical Trends

Jakie są obecnie trendy w medycynie? Co dzieje się w jej poszczególnych dziedzinach? Na te pytania będą szukać odpowiedzi uczestnicy XVII Kongresu Top Medical Trends, który odbędzie się w dniach 24-26 marca 2023 r. w Poznaniu. Kongres skierowany jest do lekarzy różnych specjalności. Jak zapowiada organizator, podczas tegorocznej edycji zaplanowano ponad 80 sesji z udziałem w sumie ok. 150 wykładowców, więc z pewnością każdy znajdzie dla siebie interesujący temat.

Kongres został objęty patronatem honorowym Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz patronatem medialnym „Gazety Lekarskiej”. Szczegóły na temat wydarzenia: www.termedia.pl/wydarzenia

APEL O POMOC DLA SYNA LEKARZA

Sebastian Moskal, lekarz rodzinny z Bydgoskiej Izby Lekarskiej, apeluje o pomoc w zebraniu funduszy na drogą, nierefundowaną terapię TREGS, którą oferuje Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Katedra i Klinika Diabetologii Dziecięcej. Jego syn, Krystian, ma rozpoznany stan przedcukrzycowy. - Chcę, żeby Krystian miał szansę na dobrą przyszłość, perspektywę na długie, normalne życie, żeby mógł osiągnąć wszystko, o czym marzy. W ciągu ostatnich kilku lat dokonał się duży postęp w medycynie. Dzisiaj można już leczyć stan przedcukrzycowy i opóźnić wystąpienie cukrzycy - tłumaczy Sebastian Moskal. Barię są pieniądze potrzebne do skorzystania z terapii.

Link do zbiórki:
www.siepomaga.pl/krystian-moskal





XI KONGRES POLONII MEDYCZNEJ / IV ŚWIATOWY ZJAZD LEKARZY POLSKICH „WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY”

1-4 CZERWCA 2023 R.

Światowe Zjazdy Lekarzy Polskich z założenia mają charakter interdyscyplinarny. W najbliższej edycji również nie zabraknie ciekawych referatów z różnorodnych dziedzin.

Organizatorzy planują szeroką ofertę tematyczną, która da szansę prześledzić najnowszą wiedzę medyczną. Jedną z sesji zaoferowała zorganizować w imieniu Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych prof. Maria Siemionow. Szczegóły na bieżąco są publikowane na stronie kongresu swiatowyzjazdlekarzypolskich.org.

Zapraszamy do Olsztyna.

Anna Lella, prezes Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Kongresu
Sergiusz Nawrocki, prorektor Collegium Medicum UWM, przewodniczący Komitetu Naukowego Kongresu

MEDYCYNĄ KATASTROF I POLA WALKI

Jedna z sesji poświęcona będzie właśnie takiemu tematowi. Już teraz „Gazeta Lekarska” poprosiła dr. hab. Mariusza Goniewicza o nieco więcej szczegółów.

**PŁK REZ. DR HAB. MARIUSZ GONIEWICZ,
PROF. UM W LUBLINIE, SPECJALISTA CHIRURG**

Jako koordynator sesji poświęconej szeroko pojętej medycynie katastrof i pola walki mogę zapewnić, że będzie ciekawie i będą niespodzianki. Planuję w niej udział prelegentów z Polski, którzy uczestniczyli w działaniach zbrojnych, jak również gości zagranicznych, m.in. z Ukrainy.

Sesję otworzy prelekcja wprowadzająca, podczas której będę mówił m.in. o tym, jak wyglądał system ratownictwa medycznego od pierwszych konfliktów zbrojnych aż do czasów współczesnych, co się zmieniło przez lata i jakie są aktualnie możliwości udzielania pomocy. A są ogromne. Z danych, które posiadamy zaczerpnięte z najnowszych amerykańskich danych bazujących na doświadczeniach związanych z konfliktami zbrojnymi wynika, że ranny żołnierz ma obecnie 97 proc. szans na przeżycie. To bardzo dużo. W czasie wojen napoleońskich śmiertelność rannych na polach bitew wynosiła 46 proc., a wcześniej w okresie cesarstwa rzymskiego sięgała 80 proc.

Opowiem, czym jest medycyna katastrof i dlaczego stała się odrębną dziedziną wiedzy medycznej. Bo jeśli chodzi o medycynę pola walki - to większość osób potrafi odnieść ją do sytuacji związanej z konfliktem zbrojnym, gorzej jest z identyfikowaniem medycyny katastrof. A trzeba pamiętać, że katastrofy to nie tylko kataklizmy naturalne, jak trzęsienia ziemi czy powódzie. Katastrofą numer jeden wywołaną przez ludzi jest wojna. Wojna jest katastrofą.

Kiedy otrzymałem propozycję, by zaprezentować tę tematykę na Kongresie Polonii Medycznej - jako lekarz i absolwent Wojskowej

Akademii Medycznej posiadający długoletnie doświadczenie praktyczne w tego rodzaju medycynie, a także jako nauczyciel akademicki - wyraziłem zgodę, bo uważam, że taka wiedza powinna być szeroko propagowana, szczególnie w obecnej sytuacji na świecie. Zagadnienia medycyny katastrof powinny być wiedzą zdobywaną obowiązkowo w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy. Zgodnie ze łacińskim przysłowiem „Chcesz pokoju, szykuj się na wojnę”, medycy powinni być przygotowani również na sytuacje szczególne, umieć poradzić sobie w sytuacji wojny, ale też naturalnych katastrof. Każda z nich wymaga innego podejścia, dlatego trzeba posiadać wiedzę i umiejętności w zakresie medycyny katastrof.

Kongres Polonii Medycznej zawsze gromadzi ludzi, którzy mogą z różnych perspektyw analizować i dyskutować dany temat. Być może okaże się, że część uczestników ma doświadczenia związane z medycyną katastrof. Z drugiej strony warto zaciekać tą tematyką i wprowadzić w nią jak najwięcej osób na świecie, szczególnie teraz, kiedy za naszą wschodnią granicą toczy się krwawa wojna, a wśród medyków jest bardzo dużo ofiar, także śmiertelnych. Wiem o tym, bo jestem w kontakcie z lekarzami z Ukrainy, którzy informowali, że znak czerwonego krzyża nie zawsze daje ochronę, szpitale są atakowane, a straty wśród personelu medycznego są duże. Trzeba się szkolić, by wiedzieć, jak w sytuacjach trudnych udzielać pomocy. Ta pomoc nie dotyczy wyłącznie rannych żołnierzy. Współczesny konflikt zbrojny pokazuje, że ogrom rannych to ludność cywilna, która doświadcza obrażeń charakterystycznych dla pola walki, dla wojny - to rany od bomb, pocisków, min i wszelkiego rodzaju śmiertelnych innych rodzajów broni. Chcę pokazać, że medycyna katastrof i medycyna pola walki nie są dziedzinami medycyny wyłącznie dla żołnierzy i innych służb mundurowych. To wiedza potrzebne wszystkim. Niezbędne zwłaszcza, gdy dochodzi do najbardziej dramatycznych sytuacji. (MJ)

POLONIA MEDYCZNA NA ŚWIECIE

Dziedzictwo akademickie jest jedną z najważniejszych wartości wnoszonych na rzecz społeczeństwa przez uniwersytety. Jego kultywowanie może przybierać różne formy. Jedną z nich, scalającą studentów, absolwentów i sympatyków, są stowarzyszenia absolwentów. Taką właśnie organizacją, która spełnia rolę na rzecz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jest Stowarzyszenie Absolwentów i Przyjaciół UMB w Ameryce Północnej. W USA organizacje skupiające absolwentów mają długą tradycję. Prawie każda

amerykańska uczelnia może się tym poszczycić. Jednocześnie one integrują osoby, które ukończyły np. dany uniwersytet, a co ważniejsze – dawni studenci często też wspierają finansowo swoje macierzyste uczelnie. Wspierają się też nawzajem. Do tej pory w USA oficjalnie zaistniały tylko cztery stowarzyszenia skupiające abiturientów polskich szkół wyższych: Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Warszawskiej oraz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (UMB).

STOWARZYSZENIE ABSOLWENTÓW UMB W AMERYCE PÓŁNOCNEJ

W 2011 r. dr Włodzimierz Łopaczyński, zatrudniony w jednym z narodowych instytutów zdrowia w Bethesda (USA), wystąpił przy współudziale Ambasady RP w Washingtonie z inicjatywą zorganizowania spotkania absolwentów UMB, którzy mieszkają i pracują w Ameryce Północnej. Fakt ten poprzedziły długie poszukiwania, na skutek których udało się odnaleźć ponad 120 lekarzy z USA i Kanady wykształconych w UMB. Duża część osób przyjęła zaproszenie i przybyła na pierwsze spotkanie, które odbyło się w gmachu Ambasady RP w Washingtonie. Tak powstało Stowarzyszenie Absolwentów UMB w Ameryce Północnej. Głównym jego celem jest wspieranie ducha lojalności i promowanie białostockiego Uniwersytetu Medycznego, jak również wzmacnianie więzi między absolwentami mieszkającymi w Ameryce Północnej

oraz z macierzystą uczelnią. Na zebraniu założycielskim grupy inicjatywnej wyłoniono zarząd, który uczestniczył w organizacji wszystkich dotychczasowych zjazdów oraz spotkań stowarzyszenia, reprezentuje je także w relacjach z UMB oraz innymi organizacjami, a w szczególności z Biurem Programów Międzynarodowych. Na stronie internetowej UMB powstała zakładka, w której zamieszczone są informacje o stowarzyszeniu, jak również o absolwentach UMB w Ameryce Północnej. Władze rektorskie szczególnie cieszą się z sukcesów alumnów UMB w Ameryce Północnej, bo to właśnie oni wystawiają najlepszą rekomendację uczelni, podnosząc jej prestiż i rangę – pokazując, że dyplom UMB jest przepustką do pracy w najlepszych jednostkach medycznych i naukowych za oceanem.

TROCHĘ HISTORII ZJAZDOWEJ

W skrócie historia ta przedstawia się tak:

- **II Zjazd (2012) – Chicago.** W dwudniowym spotkaniu udział wzięli m.in. goście z Białegostoku: rektor UMB, prof. Jacek Nikliński, rzecznik prasowy UMB prof. Lech Chyczewski, szef uczelnianej Fundacji prof. Sławomir Wołczyński oraz Przewodniczący Rady Miejskiej Białegostoku Włodzimierz Kusak.
- **III Zjazd (2013) – Nowy Jork, Manhattan.** Przybyło blisko 70 osób ze Stanów Zjednoczonych i Kanady. Trzydniowe spotkanie rozpoczęło się w Konsulacie Generalnym RP, a zakończyło się tradycyjnym balem lekarskim w głównej siedzibie Fundacji Kościuszkowskiej.
- **IV Zjazd (2014) – Miami Beach na Florydzie.** Pod patronatem Lady Blanki Rosenstiel, Konsula Honorowego RP w Miami, założyciela i szefowej American Institute of Polish Culture. W pamięci uczestników szczególnie utkwiły wykłady prof. Andrew Schally'a, laureata nagrody Nobla w medycynie, oraz dra Harlana Seleznicka, ortopedy sportowego pracującego zarówno dla NFL, NHL oraz NBA i zawodowych tenisistów.
- **V Zjazd (2015) – Polska, Białystok.** Absolwenci podczas czterodniowego kongresu mogli wrócić wspomnieniami do miejsc znanych im ze studenckich czasów, zobaczyć, jak teraz wygląda ich Alma Mater, a także jak zmienił się Białystok i jego okolice.
- **VI Zjazd (2016) – Chicago.**
- **VII Zjazd (2018) – Nashville w Tennessee.** Swoją obecnością zebranych zaszczycili aktualny rektor UMB prof. Adam Kretowski oraz prorektor ds. naukowych prof. Marcin Moniuszko.
- **VIII (ostatni) Zjazd (2019) Boston/Cambridge w Massachusetts.** W pamięci szczególnie utkwiło wystąpienie prorektora ds. nauki UMB prof. Marcina Moniuszki „Medical University of Białystok: where dreams become reality” oraz Davida Kwiatkowskiego, prof. Szkoły Medycznej na Harvardzie, na temat „Polish Heritage and Fellows, and Human Genetics: Personal Reflection”, a także wystąpienie prof. Iriny Kowalczyk, dziekan wydziału lekarskiego UMB – wielu słuchaczy było zainteresowanych warunkami przyjęcia na UMB potencjalnych studentów z Ameryki Północnej.
- **IX Zjazd** miał odbyć się po raz kolejny w Białymstoku w 2020 r., a rok później X w Washingtonie (2021), jednak pandemia COVID-19 nie pozwoliła na zrealizowanie tych planów.

W czasie tych ośmiu zjazdów każdy miał okazję zabrać głos, podzielić się wspomnieniami z czasów studiowania w Białymstoku. Była to również znakomita okazja, by zdobyć wiedzę o nieznanych, a czasem bardzo ciekawych i często zabawnych faktach z historii uczelni.

Joanna Łopaczyńska, lekarz

ZE ŚWIATA

Tu liczy się WYSOKI STANDARD

Jak wygląda praca w ultranowoczesnym szpitalu?

Z *Jackiem Miniszewskim*, technikiem radiologii
australijskiego Royal Adelaide Hospital,
rozmawia Lidia Sulikowska.



GL Kilka lat temu w Australii powstał pięknie zaprojektowany szpital publiczny, w którym jest dostępnych kilkaset jednoosobowych sal chorych, roboty wspierają pracę personelu, a pacjenci mogą dochodzić do zdrowia w otoczeniu zieleni. Miał pan okazję tam pracować. Jak wrażenia?

Oczywiście bardzo dobre (śmiech). Royal Adelaide Hospital, bo o nim mowa, znajduje się w stolicy Australii Południowej, czyli Adelajdzie, położonej ok. 1300 km na zachód od Sydney. Placówka powstała w 2017 r., zastępując położony nieopodal stary szpital, który nie spełniał już oczekiwań mieszkańców, a jego remont był nieopłacalny.

Cały kompleks RAH jest ogromny i zajmuje prawie cztery hektary powierzchni. Szpital ma dziewięć kondygnacji, w tym ponad 70 ogrodów i dziedzińców wewnętrznych. Teren zielony zajmuje 1,6 ha powierzchni placówki. Szpital oferuje w sumie 800 jednoosobowych sal chorych, w każdej jest łazienka i leżanka dla osoby towarzyszącej pacjentowi. Pod względem różnych zakażeń hospitalizacja w takim standardzie ma swoje ewidentne plusy.

Poza tym jest parking na ponad 2 tys. miejsc, są też kawiarnie, restauracje, sala do ćwiczeń. Na licznych dziedzińcach wewnętrznych można odpoczywać w otoczeniu zieleni, a cały budynek doświetlony jest mnóstwem światła dziennego. Wszystko po to, by chorzy dochodzili do zdrowia w komfortowych warunkach. W związku z tym, że szpital jest naprawdę duży, zaraz przy wejściach są ustawione specjalne automaty, gdzie trzeba zeskanować wcześniej dostarczony listem/esemsem kod – wówczas system drukuje mapkę dojścia w odpowiednie miejsce.

GL Jak wyglądają poszczególne oddziały i poradnie?

W szpitalnym oddziale ratunkowym jest 70 stanowisk plus dodatkowo 10 specjalistycznie wyposażonych łóżek dla ofiar wypadków. SOR jest przygotowany do udzielenia pomocy w przypadku zdarzeń masowych, katastrof ekologicznych, skażeń, a także do przyjmowania pacjentów z podejrzeniem zakażenia groźnymi patogenami, np. wirusem Ebola.

Ponadto w szpitalu jest wiele świetnie wyposażonych oddziałów i poradni specjalistycznych. Sam OIOM liczy 80 łóżek. Są też specjalne windy wielkości pokoju, lądowisko dla dwóch helikopterów. RAH został też przygotowany, aby w razie nieprzewidzianych zdarzeń móc działać przez 48 godzin bez dostępu do prądu czy wody.

Placówka rocznie przyjmuje ok. 85 tys. pacjentów wymagających hospitalizacji i 400 tys. chorych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W szpitalu zastosowano wiele rozwiązań technologicznych mających usprawniać pracę personelu.

GL To znaczy?

Placówka jest w pełni skomputeryzowana, cała dokumentacja jest prowadzona w formie cyfrowej. Roboty rozwożą jedzenie, pościel, sprzęty i akcesoria medyczne – mają swoje własne korytarze i windy, którymi przemieszczają się pomiędzy piętrami. W szpitalu jest też centralny system dystrybucji leków, która odbywa się poprzez pocztę pneumatyczną. To są specjalne kapsuły, które wkłada się w tunele, którymi są one transportowane np. na konkretny oddział. Tą samą drogą są dostarczane próbki do laboratorium.

Ponadto hospitalizowani pacjenci mają możliwość wyboru posiłku z kilku opcji, zamawiają je elektronicznie. Z kolei chorzy, którzy przyszli tylko na wizytę/badanie, nie muszą czekać bezpośrednio pod gabinetem – o zbliżającym się czasie wejścia otrzymują informację esemesem lub jest ona wyświetlana na ekranach telewizyjnych. W oczekiwaniu na przyjęcie mogą spędzać czas np. na jednym z dziedzińców szpitala czy w kawiarni.

GL Porozmawiajmy o pieniądzach. Ile to kosztuje?

Na budowę i wyposażenie Royal Adelaide Hospital wydano w sumie ok. 2,4 mld USD. To inwestycja rządu stanowego. Część funduszy na jego powstanie włożyły firmy prywatne, które w zamian dostały możliwość prowadzenia usług dodatkowych, np. prowadzenia kawiarni, pralni, serwisu sprząającego, ochrony etc.

GL Czy publiczną ochronę zdrowia stać na taki szpital?

Jeśli pani pyta o to, czy ta inwestycja kiedykolwiek się zwróci, to na pewno nie. Jednak decyzja o powstaniu tej placówki



”

Roboty rozwożą jedzenie, pościel, sprzęty i akcesoria medyczne.

zapadła na szczeblu administracji publicznej. Okazuje się, że władzom Australii zależy na nowoczesnych rozwiązaniach w publicznej ochronie zdrowia i wysokim standardzie usług oferowanych obywatelom. Z mojego punktu widzenia chyba jednak nie trzeba tworzyć aż takich inwestycji, jak Royal Adelaide Hospital. Generalnie placówka jest bardzo komfortowa dla pacjenta, ale koszty nie tylko jej utworzenia, ale prowadzenia na co dzień, są ogromne. Można by się zastanawiać, czy warto wydawać na to pieniądze, czy nie lepiej byłoby je przeznaczyć na leczenie. W końcu Australijczycy też czekają w kolejkach na przyjęcie do szpitala, operację, badania diagnostyczne i wizyty lekarskie.

1 Wydawałoby się, że zastosowane w szpitalu nowoczesne technologie mogą redukować koszty i rozwiązywać w pewnym stopniu problem kadrowy.

Okazuje się, że niekoniecznie. Na przykład roboty przejęły część obowiązków, którymi

normalnie zajmują się ludzie, ale z kolei jednoosobowe sale i same gabaryty szpitala wymuszają zatrudnienie liczniejszej kadry. W sumie pracuje tutaj ok. 8 tys. osób. W takim molochu samo przetransportowanie pacjenta z izby przyjęć na oddział może zająć niemal godzinę. W tym czasie sanitariusz nie zajmie się innym chorym.

To, co z perspektywy pacjenta jest super, nie zawsze jest fantastyczne dla personelu medycznego. Trzeba jednak

przyznać, że medycy chcą pracować w tym szpitalu, bo jednak warunki socjalne i sprzętowe są na najwyższym poziomie. Pracy jest jednak mnóstwo. W szczególnie trudnej sytuacji są młodzi lekarze, którzy pracują po 16 godzin dziennie przez 6-7 dni w tygodniu. Taka jest jednak generalna specyfika pracy w tym kraju. Podobnie jest też w innych placówkach medycznych. Najtrudniejszych jest pierwszych kilka lat w zawodzie lekarza, po uzyskaniu specjalizacji sytuacja jest o wiele lepsza – zarówno w kwestii zarobków, jak i czasu wolnego.

1 Australijczycy innych regionów kraju zdroszczą mieszkańcom Adelajdy takiego szpitala?

Z tego co wiem, to podobno w każdym stanie Australii ma być jeden flagowy publiczny szpital o takim standardzie usług. Nie wiem jednak, czy będą one wyglądać identycznie jak w RAH. Czas pokaże, czy ta formuła się przyjmie. ■■■

OBSERWACJE

Przyporządkowanie kolejnym generacjom kodów literowych X, Y, Z z definicji stawia na międzypokoleniowe różnice i podziały, spowodowane dorastaniem w różnych, pod względem dostępu do dóbr materialnych i technologii, warunkach.

Brzmi sensownie, lecz to nic innego jak zachęcanie nas przez socjologów do rozwiązywania równań z wieloma niewiadomymi, które odwraca uwagę od międzypokoleniowych podobieństw. Tych jest w mojej ocenie znacznie więcej niż różnic. Szczególnie w naszym, starym jak świat, zawodzie.

Według szeroko rozpowszechnionych opinii pracujemy przede wszystkim „dla kasy”, a młodsze pokolenia lekarzy, w odróżnieniu od wcześniejszych generacji, są zdecydowanie mniej skłonne poświęcać się zawodowo „dla idei”. Jako przedstawiciel pokolenia X, czyli osób urodzonych w latach 60. i 70. XX stulecia, nie podzielam tych poglądów. I, jak widzę, nie jestem sam. Naukowcy z Uczelni Łazarskiego, realizując we współpracy z NIL badanie „Lekarz przyszłości”, wykazali, że tym, co najbardziej satysfakcjonuje lekarza w jego pracy, są relacje z pacjentami, ich zaufanie i wdzięczność. Taka diagnoza nie przekona z pewnością internetowych trolli i hejterów oraz polityków przypisujących nam (dla własnych celów) rogi wycelowane w pacjentów. Dla nas, jak i dla naszych chorych, jest to jednak diagnoza bardzo



Sławomir Badurek

Diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

RÓWNANIE Z WIELOMA WIADOMYMI

ważna, będąca jednocześnie źródłem satysfakcji i optymizmu.

Mimo tych wszystkich gorzkich żalów na temat odhumanizowanej i pogrążającej się w materializmie medycyny, nie straciliśmy z oczu człowieka – z jego cierpieniem, niemocą i wywołanym przez chorobę stresem. Nie ma przy

tym mowy, by młodzi lekarze mieli inne od starszych nastawienie do tej najważniejszej dla naszego zawodu idei. Pracując na co dzień ze studentami szóstego roku, stażystami oraz rezydentami, mogę to potwierdzić także w oparciu o własne obserwacje. Co oczywiste, wśród najmłodszych przedsta-

wicieli pokolenia Y (urodzeni w ostatnich latach XX stulecia), wchodzących od kilku lat do zawodu, zdarzają się zdeklarowani materialści, gotowi zmieniać pracę dla przysłowiowych pięciu złotych więcej za godzinę, ale nie pokusiłbym się o stwierdzenie, że jest ich więcej niż wśród starszych.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, młodzi lekarze chcieliby pracować przede wszystkim w szpitalach klinicznych i wojewódzkich, bo tam widzą najlepsze szanse zawodowego rozwoju. Tak się składa, że duże szpitale, zwłaszcza te zlokalizowane w największych miastach, na ogół nie oferują atrakcyjnych wynagrodzeń, co, jak widać, nie ma dla młodych lekarzy decydującego znaczenia.

Dla mnie to kolejne echo wyborów dokonywanych przez maturzystów, którzy w zdecydowanej większości chcieliby studiować na renomowanych uczelniach, by lepiej przygotować się do wykonywania zawodu. Nie widzę też, by „igrekli” i „zetki” mniej garnęły się do pracy od „iksów”.

Jasne, że w każdej większej grupie znajdują się „czarne owce”, ale jest ich moim zdaniem mniej niż wydawałoby się na pierwszy rzut oka. Niekiedy bowiem młodzi ludzie spoza stałego zespołu potrzebują większej dawki inspiracji, by odnaleźć się w nowych warunkach i pokazać pełnię zaangażowania. Reprezentanci pokolenia X, nazywanego też u nas pokoleniem PRL-u, powinni pamiętać, że młodsze generacje – to jest pokolenie Y, a szczególnie Z, nie doświadczyły życia w kraju byle jakich towarów i usług. Trzeba więc pokazać im jakość i sens w codziennej pracy. Będzie wtedy łatwiej pozyskać ich do dobrej współpracy. Tam, gdzie „mentor” działa na zasadzie „zajmijcie się czymś i nie zawracajcie mi głowy”, nie ma mowy o wykorzystaniu potencjału „igreków” i „zetek”. Moja rada – nie zakładajmy z góry, że młodzi są „inni”, a przez to trudniejsi we współpracy. To wygodne alibi, tłumaczące niechęć podjęcia współpracy z pozycji mistrza. Pamiętajmy o tym, że nasz zawód to uniwersalne, niezmiennie od lat przesłania, które, jak pokazują badania, są nadal bardzo ważne. ■■■

”

**Nie zakładajmy
z góry, że młodzi
są trudniejsi we
współpracy.**

EPIKRYZA (124)

Współczesną cechą studiów o »Hamlecie« jest spojrzenie teatralne” – pisał w 1965 r. Jan Kott w swoim dziele „Szekspir współczesny” – „»Hamlet« nie jest traktatem filozoficznym ani moralnym, ani psychologicznym. »Hamlet« jest teatrem. Jest teatrem, to znaczy jest scenariuszem i rolami”.

W jesienny wieczór, w przeddzień posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, wybrałem się do Teatru Dramatycznego w Warszawie na przedpandemiczną jeszcze inscenizację „Hamleta” w reżyserii Tadeusza Bradeckiego. Ostatni dostępny bilet, na kilka minut przed trzecim dzwonkiem, umieścił mnie w bocznej łoży, z doskonałym widokiem nie tylko na scenę, ale także na publiczność. W purpurowych fotelach zasiedli przede wszystkim licealiści, licząc zapewne na szybkie poznanie treści tragedii bez konieczności jej czytania. Od lat promuję takie podejście. Szekspira budują kreacje aktorskie. Jeśli są dobre, nie ma takiej siły, by do książki po wyjściu ze spektaklu nie sięgnąć.

Widziałem już kilkunastu Hamletów w najdziwniejszych realizacjach. Czytałem wiele tłumaczeń, w tym doskonałą translację kolegi Ryszarda Długołęckiego. Uczestniczyłem w dyskusjach, których hamletowskie tony nie dawały żadnej jednoznacznej odpowiedzi na przyszłość. Starzeję się razem z Hamletem, ale nie szybciej niż



Jarosław Wanecki
Pediatria, felietonista

HAMLETYZOWANIE

moi następcy. Hamlet od pokoleń chciałby przecież zastąpić Hamleta. Tymczasem ostatnie słowo od czterech wieków należy do Fortynbrasa: „Ciała tych ofiar świadczą niemy krzykiem o bezlitosnej rzezi... O, wyniosła Śmierci!... Na jakież to święto w twojej wiecznie zimnej pustelni, jednym krwawym ciosem tyle książęcych głów zdjęła?”.

Po co ta literacka pantomima? Cemu od setek lat służy sceniczna gra gestów i niedomówień? Czy „Hamlet” jest polityczny? Jakie porównania do współczesnej sytuacji w ochronie zdrowia niesie potykana cytatami recenzja w rubryce „po godzinach”? Czy symboliczna Dania staje się więzieniem? Jak w scenariuszu wybrorczym wyznaczono nam rolę? Kim jesteśmy dla chorych, a kim dla władców? Co chcemy mieć? Komu mamy wierzyć? „Być albo nie być? Oto jest pytanie! Kto postępuje godnie: ten, kto biernie stoi pod gradem zjadliwych strzał losu, czy ten, kto stawia opór morzu nieszczęść

i w walce kładzie im kres?”.

„Znając diagnozę, znajdziemy lekarstwo” – szepcze Klaudiusz do Gertrudy, a ja przypominam sobie drogę do Elsynoru. Z Kopenhagi, w kierunku północnego ujścia cieśniny Sund, trzeba jechać koleją do Kronborga. Po kilkuminutowym spacerze z dworca odślania się za mek Helsingor. Kamiennej tablicy z wizerunkiem Szekspira trzeba poszukać, aby w tłumie turystów nie przejść obok niej bezwiednie.

Hamleta tutaj nigdy nie było, to tylko twórcza wyobraźnia, ale spektakle i wystawy przywołują postacie tragedii. Można sobie wyobrazić miejsca, w których poszczególne sceny się rozgrywają: komnaty, kaplica, dziedziniec, wały z widokiem na otaczającą zewsząd wodę. Którędy mogła chodzić szalona Ofelia? Nikt już nie pamięta.

Żegnając się ze sceną Gustawa Holoubka w Pałacu Kultury i Nauki, przypomniałem sobie jeszcze jedną adaptację „królewicza duńskiego”, z Borysem Szycem w roli głównej. I po raz kolejny konfrontowałem ukute wówczas w towarzystwie teatralnym powiedzenie: „jakie czasy – taki Hamlet”, odnotowując, że zarówno Maciejowi Englertowi w Teatrze Współczesnym, jak i Tadeuszowi Bradeckiemu w Dramatycznym, udało się pokazać bohatera walczącego o wolność z „ustami pełnymi sztyletów”. Czy coś może ten stan odmienić?

Krzysztof Szczepaniak z zespołem aktorskim dostał od szkolnej młodzieży zasłużoną owację. Ukłony ożywiły wszystkie postacie. Klaudiusza. Gertrudę. Ofelię. Rosencrantza. Poloniusza. Laertes. Hamletów dwóch. „Efektowny sztych”. A reszta jest wciąż zagadką przyszłości.

”
Kim jesteśmy dla chorych, a kim dla władców?
Co chcemy mieć?
Komu mamy wierzyć?

OPERA OKIEM OKULISTY

Niejednokrotnie lekarz, patrząc na przedstawienie, automatycznie i podświadomie zaczyna analizować przyczyny schorzeń uczestników spektaklu. Libretta operowe nieraz zdumiewały nieracjonalnością. Z czasem, gdy rozwinął się weryzm, realia na scenie stały się bliższe życiu.

Anna Gryczka-Dziadecka okulista, członek Krakowskiego Stowarzyszenia Miłośników Opery „Aria”



PRAWDA WARUNKIEM UZDROWIENIA

Jolanta, tytułowa bohaterka opery Piotra Czajkowskiego (1840-1893), jest niewidoma od urodzenia. Libretto napisał brat kompozytora, Modest, na podstawie dramatu Henrika Hertza „Córka króla René”. Prapremiera odbyła się w Teatrze Maryjskim w Sankt Petersburgu w 1892 r. Z treści libretta dowiadujemy się, że król nie chce, aby jego dziecko cierpiało z powodu kalectwa. Tworzy jej więc enklawę, w której żyje ona nieświadoma swej ułomności, jedynie z wierną służbą. Nikt z zewnątrz nie ma do niej dostępu. Król decyduje się na konsultację u najbardziej znanego w świecie lekarza mauretańskiego. Ku jego zaskoczeniu i trwodze, lekarz uznaje poznanie prawdy przez Jolantę za warunek uzdrowienia. Nie znamy przyczyny ślepoty królewskiej córki, ale zabieg pomaga jej odzyskać wzrok. Lekarz utrzymuje, że świadomość i wola to dwa klucze do uzdrowienia ciała i duszy. Znajomość okulistyki nie do końca pozwala nam się z tym poglądem zgodzić. Jakkolwiek histeryczne oraz psychiczne zaniewidzenia zdarzają się, to jednak żaden zabieg tego nie leczy.

Inny bohater operowy, który jest niewidomy od urodzenia, występuje w utworze Jacques'a Offenbacha „Dwaj ślepcy”. Tytułowi ślepcy, Giacomo Pataszon (Patachon) oraz Stanisław Żyrałowicz (Giraffier), wykonują błyskotliwe bolero – „La lune brille”. Prawdziwość uszkodzenia wzroku żebraków jest dość mocno wątpliwa. Ten utwór to czarna groteska. Data wystawienia tego dzieła w Théâtre des Bouffes – Parisiens, 5 lipca 1855 r., bywa czasem uznawana za dzień narodzin nowego gatunku – operetki. We wspomnianej grotesce Offenbacha, drugi ślepiec to ofiara wypadku. Tak jak

Weryzm to nurt w operze, ale także w literaturze i sztukach plastycznych, który rozkwitł w końcu XIX w. Z włoskiego „vero” znaczy prawda. Założeniem tego kierunku było przedstawienie dzieła, w którym występują ludzie w swoim codziennym życiu, z ich prawdziwymi problemami, emocjami. Za datę jego narodzin uznaje się prapremierę „Rycerskości wieśniaczej” Pietra Mascagniego w Rzymie w 1890 r. Scenografia oraz charakteryzacja stały się bardziej dosłowne, jednoznaczne.

I wtedy włącza się analiza dolegliwości bohaterów przedstawienia operowego. Skupiłam się na ich problemach okulistycznych. Jak wiemy, zaburzenia w obrębie narządu

wzroku najczęściej mogą być spowodowane wadami wrodzonymi, urazami, a także zmianami związanymi z wiekiem. Nie inaczej jest z postaciami opery.

”

**Rozmyły się
dlań kontury
rzeczywistego
świata.**

u jego kolegi, uszkodzenie wzroku jest tylko podkładką do żebractwa.

Uszkodzenie wzroku po wypadku przedstawił Giuseppe Verdi (1813-1901) w operze „Don Carlos” u księżniczki Eboli. Jest to postać historyczna, na wielu portretach przedstawiona z elegancką, ozdobną przepaską na jednym oku. Oko zostało uszkodzone w dzieciństwie, po zabawie mieczem. Nie przeszkadza to bohaterce być interesującą, pożądaną w towarzystwie kobietą.

ODDAŁ JEDNO OKO

Richard Wagner (1813-1883) skomponował tetralogię „Pierścień Nibelunga”. Libretto napisał sam kompozytor na podstawie starogermańskich eposów i nordyckich sag. Prapremiera kompletnej tetralogii odbyła się w Bayreuth w 1876 r. Centralną postacią tetralogii jest Wotan – bóg starogermański, który chciał dorównać Stwórcy. Oddał jedno oko, aby napić się ze źródła wszechwiedzy. Jako jednooczny nadwyrężył jednakowoż swoje postrzeganie bytu, odkształcił perspektywę, odległość, proporcje. Rozmyły się dlań kontury rzeczywistego świata. To cena za próbę dorównania Stwórcy. W większości inscenizacji Wotan występuje z przepaską na oku. Co tak naprawdę znaczy „oddał jedno oko”? Czy ktoś je wyenukleował? O takich szczegółach milczy mitologia nordycka.

Upośledzenie widzenia związane z wiekiem to najczęściej zaawansowana zaćma, czasem schorzenia naczyń (np. zator tętnic ocznych, ślepotę „korową”, stan po zapaleniu olbrzymiomórkowym tętnic skroniowych, zmiany zwyrodnieniowe plamki żółtej). Patrząc na Wielkiego Inkwizytora w „Don Carlosie” Verdiego, można podejrzewać różne z wyżej wymienionych przyczyn jego ślepoty. Akcja opery dzieje się w Hiszpanii ok. 1560 r. Libretto jest dziełem Josepha Méry’ego i Camille’a du Locle’a, zostało napisane na podstawie sztuki „Don Carlos” Friedricha Schillera. Prapremiera miała miejsce w Paryżu w 1867 r. Na zawsze pozostaje w pamięci wstrząsająca scena rozmowy Wielkiego Inkwizytora z królem Filipem. Ślepy starzec zostaje doprowadzony przed oblicze króla przez dwóch „braciszków”. Wrażenie kruchości i nieporadności Starca pryska, gdy wymusza on na władcy decyzję o zgładzeniu Markiza Posy i zaarrestowaniu Infanta. Wielki Inkwizytor zapewnia też króla, że śmierć syna będzie wybaczone i wytłumaczona nadzrędnym dobrem katolickiej Hiszpanii.

TAJEMNICA NIEWIDZENIA

Nie znamy przyczyny ślepoty matki tytułowej bohaterki opery „La Gioconda”



Amilcare’a Ponchielli’ego (1834-1886). Nazywana jest Ślepą (La Cieca). Libretto napisał kompozytor i librecista Arrigo Boito wg tragedii Wiktora Hugo „Angelo, tyran de Padue”. Premiera odbyła się w La Scali w Mediolanie w 1876 r.

Nie wiadomo też, dlaczego ojciec tytułowej bohaterki opery Pietra Mascanigo (1863-1945) „Iris” był Ślepcem. To jego kalectwo umożliwiło intrygę, w której córka rzekomo pisze do niego list z wytłumaczeniem swojego zniknięcia. Ten list porywacze odczytują ojcu, a on przeklina córkę.

Ciekawy problem okulistyczny występuje w operze Jacques’a Offenbacha (1819-1880) „Opowieści Hoffmanna”, którego libretto jest swobodną adaptacją trzech opowiadań Ernesta Teodora Amadeusza Hoffmanna. W drugim akcie opery wynalazca Spalanzani buduje lalkę, którą przedstawia na balu jako swoją córkę. Wśród „części zamiennych”, które były mu potrzebne do ukończenia robota, są oczy zaprojektowane przez Coppeliusa, optyka z wodu. Wyposażył on Olimpię w oczy, a Hoffmannowi sprzedał parę cudownych okularów, w których Olimpia wydaje się pocieć jeszcze piękniejsza.

CHORE OKO ARTYSTY

Georg Friedrich Händel (1685-1759) napisał wiele oper, z których w repertuarze do dziś utrzymują się: „Agryppina”, „Juliusz Cezar”, „Rinaldo”, „Xerxes” (Serse), „Alcina”. Ze względu na zaawansowaną zaćmę obustronną poddał się operacji, którą nazywano „kładzeniem” soczewki. Zabieg przebiegł bez komplikacji, bez infekcji wewnątrzgałkowej (co było wtedy rzadkością ze względu na brak aseptyki), ale bez poprawy widzenia. Być może towarzyszącym schorzeniem było AMD (zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem).

W podobnym wieku, u tego samego chirurga (Johna Taylora) i z powodu tego samego

”

**Zabieg przebiegł
bez komplikacji,
ale bez poprawy
widzenia.**

schorzenia zoperowany został Jan Sebastian Bach. Mimo braku powikłań, u niego też nie było poprawy widzenia, choć teoretycznie był w lepszej sytuacji niż Händel, bo był krótkowidzem. Jednak prawie na pewno przeszedł w późnym wieku olbrzymiomórkowe zapalenie tętnic skroniowych i stąd usunięcie zaćmy nie wpłynęło na poprawę widzenia.

Andrea Bocelli, włoski tenor, chorował na jaskrę wrodzoną. We wczesnych latach młodości doznał wylewu do mózgu na skutek urazu (piłka nożna). Jest praktycznie niewidomy. Mimo to brał udział w niektórych spektaklach. Wszechstronnie wykształcony muzycznie (multiinstrumentalista), ukończył też studia prawnicze. Ma na swoim koncie liczne nagrania płytowe (m.in. osiem kompletów oper). Jest najlepiej sprzedającym się śpiewakiem na świecie.

Myślę jednak, że „skrzywienie zawodowe”, które każe nam doszukiwać się diagnozy nawet w chwilach teoretycznego relaksu, nie odbiera nam przyjemności obcowania z wielką sztuką.

Bibliografia:

P. Kamiński, „Tysiąc i jedna opera”, Kraków 2008
„Kronika opery”, Wydawnictwo „Kronika”, Warszawa 1993
„Opera. Kompozytorzy, dzieła, wykonawcy”, red. Andras Batta, Köln 2001
G. Wiśniewski, „Leksykon postaci operowych”, Kraków 2006
J. Kański, „Przewodnik operowy”, Kraków 1964 i 2021
J. O’Shea, „Muzyka i medycyna”, Kraków 1998



Obraz: Lam Qua, „Portret numer 3”, 1834-1855, zbiory biblioteki Uniwersytetu Yale.

BŁĄD MALARSKI

Ale numer

Dyplom jednej z amerykańskich top uczelni to numer jeden na liście marzeń wielu ambitnych studentów i zapewne jeszcze większej liczby ich nadgorliwych rodziców. W 1834 r. Peter Parker, jak na wzorowego ucznia przystało, ukończył medycynę na Yale. Potem udał się na misję medyczną do Chin i wyciął tam kilkadziesiąt poważnych numerów.



Agata Morka
Doktor historii sztuki

Parker specjalizował się w chorobach oczu, szczególnie w usuwaniu katarakt. Chińska rzeczywistość szybko jednak zwerifikowała tę predylekcję. Parker wykonywał bowiem również zabiegi chirurgii ogólnej, między innymi wycinania

guzów. W Kantonie wyciął kilkadziesiąt drastycznych nowotworów. O ich dokumentację poprosił swojego sąsiada, uznanego malarza Lam Qua.

W ten sposób powstała kolekcja osobliwych portretów. Na tę nietuzinkową dokumentację medyczną składa się ponad osiemdziesiąt płócien, wśród nich „Portret numer 3” urzeka dziwnym spokojem. Portretowana znajduje się w centrum obrazu, ustawiona twarzą na wprost widza. Skrzyżowała ręce i nogi, być może w geście skrupowania, ale głowę trzyma wyprostowaną, szukając kontaktu wzrokowego. Owal jej pięknej twarzy z jednej

strony podkreśla kolczyk, z drugiej zaś rozrywa okrutna narośl.

Tu piękno miesza się z drastyczną brzydotą, wywołując tak niepokój, jak i podziw. Niekontrolowane kontury guza jednocześnie przyciągają wzrok widza i odrzucają go.

Tożsamość portretowanej sprowadzona została do numeru: nie znamy ani jej imienia, ani stojącej za nią historii. Ta anonimowość kontrastuje z jakże specyficznym, zupełnie nie anonimowym guzem. To obraz oparty na intensywnych dychotomiach, bytujący gdzieś pomiędzy dokumentacją medyczną a sztuką. ■■■

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 11/2022

1. Usunięcie stetoskopu z ręki Laënneca.

Na rycinie Laënnec trzyma narzędzie, które wynalazł, i używa go do diagnozowania pacjenta.

2. Dodanie cylindra jednemu ze studentów.

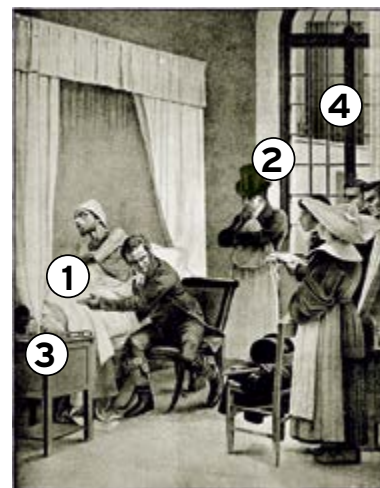
Cylindry noszono zazwyczaj na zewnątrz. W sytuacji pokazanej na rycinie jego obecność byłaby tak dziwna, jak i denerwująca dla pozostałych studentów, którym kapelusze ten zasłaniałby widok.

3. Dodanie prostego fletu na stoliku po lewej stronie.

To właśnie mechanizm działania fletu zainspirował Laënneca do stworzenia prototypu przyszłego stetoskopu.

4. Dodanie w oknie zarysu wieży Montparnasse.

Szpital Necker, w którym pracował Laënnec, znajduje się w 15. dzielnicy Paryża, której charakterystycznym punktem jest obecnie wieża Montparnasse, wybudowana w latach 70. XX w.



Obraz: Théobald Chartran, „Laënnec w szpitalu Necker osłuchuje suchotnika przed swoimi uczniami (1816)”, 1879.

NAGRODZENI Z „GL” 11/ 2022:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Aleksandra Janowiak-Majeranowska z Gdańska. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Małgorzata Chodzeń (Warszawa), Agnieszka Jurkiewicz-Łaga (Cewice), Małgorzata Pawlak-Staniewska (Żywiec)



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 9 stycznia 2023 r. W temacie maila należy wpisać GL12/01 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

**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. Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

KULTURA

Wystawa AMFI

10. Jubileuszowemu Salonowi PhotoArtMedica 2022 towarzyszyła wystawa fotografii Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI „Setne sekund między bólem a nadzieją”. Otwarcie wystawy nastąpiło 21 października w Galerii4Arte w Częstochowie przez prezydenta AMFI prof. Maurizio Iazeollę. Prezentuje ona 51 fotografii dokumentujących czas pandemii COVID-19, pełnych ładunku emocjonalnego, przejmujących, ale też dających nadzieję. (KM)



In attesa di un futuro migliore, FRANCESCO CARRACCHIA

Fotograficzne sukcesy polskich lekarzy



Międzynarodowa Federacja Sztuki Fotograficznej FIAP nadała tytuły artystyczne w uznaniu za wyniki uzyskane w międzynarodowych konkursach fotograficznych 17 polskim fotografom. Wśród nich znalazło się troje lekarzy. Tytuły AFIAP-Artysty FIAP otrzymali Maciej Józwiak (lekarz dentysta z Warszawy) oraz dr Marek Rawski (chirurg z Jeleniej Góry), a dr Krzysztof Muskalski (okulista z Częstochowy) uzyskał tytuł EFIAP/p - Wybitnego Artysty FIAP-poziom platynowy. Z kolei Zarząd AMFI (Włoskie Towarzystwo Lekarzy Fotografów) przyznał tytuły Członka Honorowego dwójgu polskim lekarzom - Anicie Muskalskiej z Wlk. Brytanii oraz dr Krzysztofowi Muskalskiemu z Częstochowy. Dr Muskalski otrzymał też od Amerykańskiego Towarzystwa Fotograficznego PSA tytuł artystyczny PPSA (Proficiency Photographic Society of America), a od Agile Photographic Society z Bangladeszu - tytuł artystyczny G.APS (Genius).

Prof. Piotr Milkiewicz (gastroenterolog ze Szczecina) wygrał konkurs fotograficzny organizowany przez European Society of Clinical Investigations, a jego fotografia, nagrodzona również w Salonie PhotoArtMedica 2021, została umieszczona na okładce czasopisma tego towarzystwa. (KM)

NASZA CZYTELNI

PROFESOR TADEUSZ TEMPKA – PIONIER POLSKIEJ HEMATOLOGII

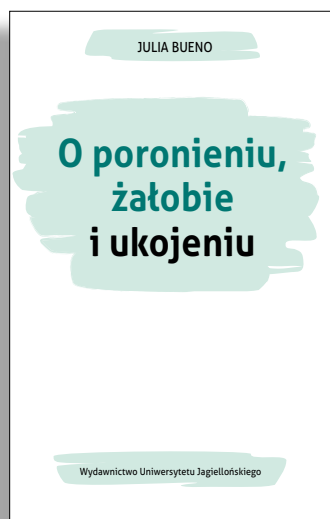


Redakcja naukowa:

**Artur Jureczyszyn,
Ryszard W. Gryglewski**

Opowieść o wybitnym przedstawicielu polskiej nauki, pionierze rodzimej hematologii, twórcy słynnego na cały kraj ośrodka hematologicznego, lekarza zaliczanego do grona światowej sławy hematologów. W książce, oprócz opisu dokonań profesora, nie mogło również zabraknąć osobistych wspomnień o hematologu, jego rodzinie i znajomych. Publikacja została wzbogacona pracami naukowymi prof. Tempki, m.in. „Chlorek wapnia jako środek sercowy” z 1923 r.

O PORONIENIU, ŻAŁOBIE I UKOJENIU



Julia Bueno

Autorka książki, psychoterapeutka, przedstawia własne, bolesne doświadczenie utraty ciąży, ale też historie innych kobiet, a także związane z tym zagadnieniem badania naukowe. Opowiedziane historie pozwalają lepiej zrozumieć przeżycia po stracie ciąży. To lektura ważna nie tylko dla kobiet, ale też ich partnerów oraz bliskich, a także dla lekarzy, którzy mają pod swoją opieką pacjentki, które doświadczyły poronienia. W 2021 r. książka otrzymała nagrodę British Medical Association Popular Medicine Book Award.



GazetaLekarska.pl 

EDYCJA REKROWA

Leila Iwakawa, Magdalena Dziurkiewicz
Katarzyna Krawczyk, Marika Tat Pieniak

1

WSPÓŁCZESNA
DERMATOLOGIA

 PZWL

Anna Słowikowska

SERCE W DOBRYM STYLU

Jak świadomie zarządzać swoim zdrowiem

ATs

Dlaczego serce choruje? Jak lekarze podejmują decyzje? Czy mogą sobie wybrać zastawkę? Kiedy spodziewać się zysków z leczenia? Kardiolog pracująca w Klinice Kardiochirurgii WUM napisała książkę, która w zrozumiały dla każdego sposób tłumaczy, co jest kluczowe w dbaniu o swoje zdrowie i wyjaśnia mnóstwo wątpliwości związanych z leczeniem chorób sercowo-naczyniowych. To publikacja, którą z powodzeniem można polecić pacjentom zmagającym się z problemami kardiologicznymi oraz wszystkim, którzy chcieliby uniknąć tych chorób.

PROZA

Ariana (fragmenty)

GazetaLekarska.pl 

Panjshanbeh - czwartek, 4 dey 1382 roku, dobrego roku. Fardin pomyślał, jak spokojnie żyli od *nouruzu*. Skąd taka myśl właśnie tego poranka? Ulotne myśli, pojawiając się rze-
komo znikąd i zaraz znikając, odciskają piętno tu i teraz. Dobry rok, chwała Allahowi.
Skończył poranną modlitwę, ucichły modły muezzina płynące z meczetu. Z drugiej
części domu dochodziły odgłosy porannej krzątania - to jego żona i matka szykowały
poranny posiłek. W powietrzu unosił się nęcący zapach świeżego chleba. O, dzieci też
wstały. Zaraz przybiegną, cała hałaśliwa czwórka - dwóch energicznych chłopców, dwie
śliczne dziewczynki. Rosną zdrowo, chwała Allahowi, w nich jest przyszłość rodziny. Jego
ulubienica, najmłodsza Nassim i jej nieodłączna lalka. „Wygładają prawie jak bliźniaczki”
- pomyślał. Lubił poranny rozgardiasz, narastające tempo rozpoczynającego się dnia.
Spokój i stabilność, dzień po dniu.

Ich piętrowy dom, zbudowany jak sąsiednie z glinianej cegły, z niewielkim zacienionym
podwórzem, położony był w bocznej uliczce. Mieszkali tu od pokoleń, to ich twierdza,
przystań, centrum ich świata. Teraz twardą ręką trzymała go matka, ale Shirin z łagodno-
ścią dbała o jego ciepło i elegancję, a dzieci wносиły niewyczerpaną energię, śmiech i, nie
da się ukryć, bałagan.

Po śniadaniu pójdzie do sklepu. Prowadzą rodzinny interes, sprzedają piękne materiały
od tkaczy z okolicznych wiosek. Niektóre są stemplowane w zamówione, indywidualnie
projektowane wzory. Miękkie i delikatne, pięknie barwione, każdy niezwykły i jedyny
w swoim rodzaju - dzieła sztuki, które mogły zadowolić gusta każdego klienta. Szale,
chusty, obrusy, bogactwo kolorów i wzorów, ich serca i uczucia są wplecione w te wątki
i osnowy.

Interes szedł coraz lepiej, przybywało przyjezdnych, więc handel był opłacalny. Przez
lata zebrał dużą grupę dostawców rękodzieła. Czasem sam wybierał się do najbardziej
odległych, trudno dostępnych wiosek. Niektórzy tkacze byli wiekowi i nie opuszczali
swoich domów, nie mieli jak dotrzeć do miasta. Dbał o nich, byli mu bliscy, dostarczał im
potrzebne materiały, robił zakupy. Zawsze miał czas, żeby usiąść, wypić herbatę, zapalić
fajkę, porozmawiać o codzienności, poezji, świecie. Oni odwiedzali mu się pięknymi
wrobami - razem tworzyli sztukę, która zachwycała klientów i niosła ich kulturę dalej
w świat, daleko za horyzont.

No właśnie, najpierw sklep, a nocą pełni wartę w Arg-e Bam - nie może się spóźnić. To do-
datkowe, zaszczytne zajęcie. Twierdza była dumą miasta - majestatyczna, kryła niezwy-
kle historie. Praca w takim miejscu to wyróżnienie i rodzinna tradycja.

Zapowiadał się pracowity dzień. Pomimo pośpiechu wszedł na chwilę do meczetu, żeby
na dziedzińcu zamienić kilka słów ze znajomymi. Dobrze zrobił, dowiedział się o nowym
dostawcy obrusów, który przeniósł swój zakład z Yazdu.

Kassim był akurat na miejscu, umówili się, że po południu odwiedzi go w sklepie. Miał
nosa, rano zawsze było tutaj gwarno, a informacje i okazje były świeże jak poranny chleb
i równie szybko się rozchodziły.

Potem bez końca analizował, czy w tamtej chwili niczego nie przeoczył, czy nie umknęła
mu jakaś nerwowość wśród obecnych w meczecie? Większe niż zwykle podekscytowa-
nie? Pospieszne załatwianie spraw i interesów? Zamaszystość gestów w rozmowie? Zbyt
natarczywe poklepywanie po plecach? Ale nie, wszystko szło utartym torem, identycznie
jak co dzień, żadnych odstępstw od rutyny.

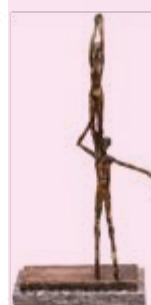
No może, bardzo może, tysiące myśli potem, może nieco większy kurz, jakby wzbijany nie
tylko przez uliczny ruch, ale zwielokrotniony. Może słońce nie tak jaskrawe jak wczoraj.
Może ptaki, które bardziej gorliwie podrywały się do lotu, aby pospiesznie opuścić dolinę.
Gdyby człowiek pochłonięty codziennością zwracał uwagę na dyskretną mowę natury,
pulsujący znakami język świata, może mógłby coś zrobić, wrócić do domu, zabrać rodzi-
nę i uciec jak najdalej? Tylko skąd miało przyjść to przecucie, jakie okruciny miały się
złożyć w impuls do działania i czy to, co mógłby zrobić, byłoby wystarczające? Wszystkie
te pytania pozostały jak otwarte okna. (...)



ELŻBIETA LIPSKA

**Laureatka XI edycji Ogólnopolskiego
Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja
Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”.
I miejsce w kategorii „proza”.**

Doktor nauk medycznych. Specjalistka
endokrynologii i diabetologii
dziecięcej, chorób dzieci oraz medycyny
ratunkowej. Obecnie pracuje w Poradni
Endokrynologicznej Instytutu Matki
i Dziecka w Warszawie. Jest członkinią
Panelu Dyscyplinarnego II instancji
przy Polskiej Agencji Antydopingowej.
Odpowiadała za przygotowanie opieki
medycznej i ratownictwa w Polsce do
Turnieju UEFA EURO 2012 oraz Mistrzostw
Europy w piłce ręcznej EHF 2016, kierowała
organizacją wydarzeń na Stadionie
Narodowym w Warszawie. Przez wiele
lat uczestniczyła w międzynarodowych
działaniach ratowniczych i humanitarnych
w Polskiej Misji Medycznej. Miłośniczka
muzyki klasycznej i literatury, Islandii
i Japonii. Członkini Unii Polskich Pisarzy
Lekarzy, laureatka nagrody literackiej
„Puls Słowa” w 2021 r. Kocha psy i zimowe
morsowanie.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

KULTURA



FOTO: STANISŁAW MYŚIAK

Lekarski plener ceramiki

W dniach 17-23 października odbył się VIII Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku. W tym roku uczestniczyło 22 lekarzy z całej Polski. Dodatkową atrakcją była wspaniała wystawa światowej sławy rzeźbiarza Anisha Kapoora, którego jedna z rzeźb, o masie 100 ton, wzbogaca przestrzeń architektoniczną Chicago.

W pięknej, jesiennej atmosferze Orońska mogliśmy kolejny raz przeżywać artystyczne emocje, tworząc misterne prace w glinie. Tradycyjnie japońska technika raku dostarczyła wielu emocji i radości przy tworzeniu perełek ceramicznych. Uczestnicy pleneru prezentowali swoje malarskie i fotograficzne prace na wystawie w Orońsku. Plener zakończył się pełnym sukcesem twórczym i koleżeńskim.

*lek. dent. Stanisław Mysiak,
komisarz pleneru ceramiki*

SPORT

XXI Mistrzostwa Lekarzy w Piłce Siatkowej i IV Mistrzostwa Oldboyów

Ryszard Golański



Zwycięzca kategorii Open – drużyna ze Szczecina

Po raz czwarty mecze były rozgrywane w dwóch kategoriach: Open – bez limitów co do wieku, oraz Oldboy – dla sportowców powyżej 40. r.ż. W tej pierwszej rywalizowało 6 drużyn, w drugiej – 5. Poziom zawodów był jak zwykle wysoki i wyrównany. Trudno było przed meczem wskazać zwycięzcę.

W dniach 18-19 listopada Wieluń po raz kolejny gościł lekarzy siatkarzy z całej Polski. Frekwencji sprzyja położenie miasta w centrum kraju, ale magnesem jest przede wszystkim dobra organizacja i sympatyczna, prawie rodzinna atmosfera. Obie te sfery zapewnia rodzeństwo – Bogna i Mirosław Kanický.

Tradycyjnie, w niektórych drużynach występowały także panie, często nie ustępując umiejętnościami kolegom. Najlepszą drużyną w kategorii Open, po zaciętym, trzysetowym meczu z łodzianami, zostali koledzy ze Szczecina (Cezary Sierant – kapitan, Adam Kurpik, Adam Mrozek, Artur Kosarzycki, Dariusz Iwaniak, Łukasz Przybylski, Maciej Lewandowski, Sebastian Sokołowski, Sebastian Radziak, Siergiej Gierżot, Tomasz Wawrzak, Wiesław Łach, Szymon Sypniewski, Marcin Drożdżel, Rafał Kariski, Radosław Janek). W kategorii Oldboy zwyciężyła „Wataha”, reprezentująca Śląską Izbę Lekarską (Przemysław Rosak – kapitan, Michał Fatyga, Rafał Pustelnik, Mateusz Patkowski, Wojciech Kusak, Adam Mroczka, Maciej Kapłita, Jarosław Zdrzałik, Grzegorz Masternak). Reprezentacja OIL w Łodzi zdobyła srebrny medal. Zawodnicy wyróżnieni w turnieju w kategorii Oldboy: Jacek Małecki – OIL Warszawa, Tomasz Chejchman i Konrad Jankowski – OIL Łódź, Jacek Duszkiewicz – Wielkopolska Izba Lekarska, Rafał Pustelnik – „Wataha” Katowice, Maciej Lewandowski – OIL Szczecin. Wyróżnieni w kategorii Open: Adam Mrozek OIL Szczecin, Mateusz Puśledzki – WIL, Mateusz Dworak – OIL Kraków, Patrycja Bubak i Szymon Zuber – Śląska Izba Lekarska, Jakub Michalski – Silesia Katowice i Mateusz Palusiński – OIL Łódź. Wyniki:

- kategoria Open: 1. Szczecin, 2. Łódź, Silesia Katowice, Poznań, Katowice, Kraków.
- kategoria Oldboy: 1. „Wataha” Katowice, 2. Łódź Alfa, 3. Szczecin, 4. Poznań, 5. Warszawa.

Zwykle na zakończenie mistrzostw ogłaszany jest organizator kolejnej edycji zawodów. Tym razem tak się nie stało. Miejsce XXII Mistrzostw Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej zostanie ustalone później.



BJJ PO RAZ TRZECI



Co robi lekarz po przyjęciu z pracy? Jeden lubi grać w piłkę nożną, drugi

czyta gazety, a trzeci woli zakładać dźwignie, obalać i dusić. Bo na tym polega brazylijskie Jiu-Jitsu, w którym Mistrzostwa Polski naszej grupy zawodowej już trzeci raz miały miejsce we Wrocławiu. Po dwuletniej przerwie spowodowanej pandemią 26 listopada udało się zgromadzić 24 zawodników. Zapisanych było jeszcze więcej, bo 37 osób, ale wiadomo – dyżury, kontuzje po odbywających się tydzień wcześniej mistrzostwach Polski w Gnieźnie, niesprzyjająca pogoda...

Michał Głuszek

LEKKOATLETYKA - PODSUMOWANIE SEZONU

W 2022 r. lekarze lekkoatleci rywalizowali w: 11. MPL, 5. HMPL i 7. MPL w wielobojach. Wszystkie te zawody odbywały się w ramach Mistrzostw Polski Masters, w których uczestniczyło – zarówno w halowych, jak i letnich – po ok. 600 zawodników. Rywalizacja odbywała się w kategoriach wiekowych 5-letnich od 35. r.ż. wzwyż, a wyniki końcowe MPL były ustalane w ramach oddzielnej klasyfikacji w kategorii „open” na podstawie uzyskanych punktów przeliczeniowych. W rywalizacji w ramach Mistrzostw Polski Lekarzy uczestniczy średnio 25-30 osób.

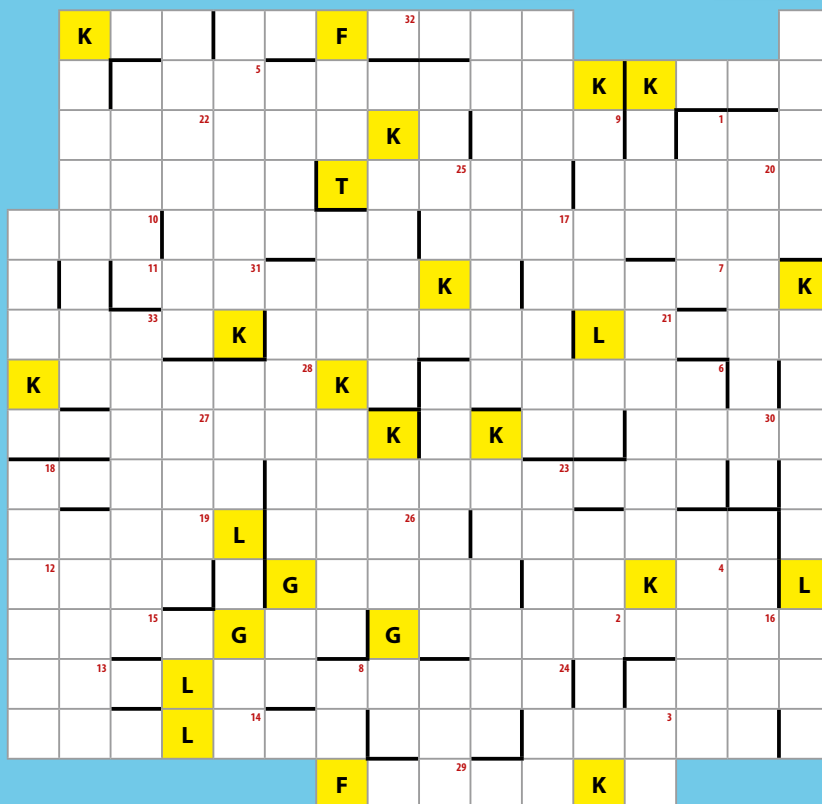
Julian Pelka

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia mamy dla Państwa aż 15 nagród książkowych! (okładki poglądowe)



Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.

Z kodem PZWL23 wszystkie książki drukowane zamówione
na www.pzwl.pl 23 proc. taniej!



Objaśnienia 76 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, K i L.
Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które
stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Arystotelesa. Hasło należy
przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem
na adres jolka@gazetalekarska.pl do 15 stycznia 2023 r. Wśród
autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów,
którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie
specjalizacji i adresu do wysyłki).

* nadaje winom cierpki smak * rodzaj lodów owocowych * uchodzi
w Karacji * elaborat * 12. księżyc Urana * naprzeciwko zenitu
* przed pojutrzem * antyseptyczny kryształ * sędzia mużulmański * dorosła
Nelia * pnące z dżungli * fluorek sodu * cykliczna forma muzyczna * stres
poniedziałkowy * wiedza o religii * cienki węgiel * gladiator walczący na
ślepo * fundus * stolica Umbrii * smaczna w rodzinie głębieli * katgut
i kordonek * artysta meblowy * cyanosis * Czerwona lub Kisiejewska *
brak współpracy różnych części ciała * zespół Józefa Skrzeka * lambliaza
* Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku * premier Belgii (1974-1978) * przedpokój
* uzdrowisko nad Rabą * gorąc * koagulacja tkanek elektrodami *
atrakcyjne zakończenie elewacji * pomagał Niemcom w Auschwitz *
katalizuje powstawanie plazminy * pół połówek * japońska mata * część
młota do ubijania * łuk po burzy * periosteum * partnerka FBI * krzyżacki
powiat * trójtlenek arsenu * reguluje pomiary optyczne * świętego Wita
* ptasi zwany świnią trawą * Reate obecnie * lanugo * premier ZSRR
(1964-1980) * zaciśnięta dłoń * kiesza, sakwa * tętnica główna * twarda skała
krzemionkowa * pustomieście z Azji Środkowej * zakład przemysłowy * łączy
końce łuku * ogarnięci niemocą * wierzchniowy światy śnieg * do wycierania
ciała * dawne materace * poddaje się * corpus * leczniczy z akonityną *
główny port Chorwacji * bohaterka „Chaty za wsią” * tonowa lub głowowa
* najlepsza liga koszykówki * Mallusca * Al... meczet w Jerozolimie * sole
kwasu azotowego w kardiologii * znawca Włoch

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 278 („GL” nr 10/2022)
Wszystko, co doskonałe, dojrzewa powoli.

Nagrody otrzymują: Patrycja Komorowska (Białystok),
Tomasz Olejnik (Ruda Śląska), Krzysztof Wolańczyk (Krzeszy-
ce), Joanna Wrembel (Krężyły), Martyna Wróbel (Poznań).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 69 / Regulamin konkursu dostępny
na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 183 500 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Marta Jakubiak,
Renata Jeziółkowska, Maria Kłosińska, Ryszard Golański,
Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Lidia Sulikowska,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. (22) 558 80 40, redakcja@gazetalekarska.pl

Marta Jakubiak (redaktor naczelna)

tel. 698 297 739

naczelnym@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekretarz redakcji)

tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak (dziennikarz)

tel. 696 487 048

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak (redaktor portalu internetowego)

tel. (22) 558 80 40

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

tel. 606 699 830

e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

QUAD

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,
adaptacji, 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).

