



# GAZETA

PISMO IZB  
LEKARSKICH

12-01 | 2021-2022

# LEKARSKA



## Co zaskoczy lekarzy?

**Jubileusz w cieniu kryzysu | Podatki i lekarze | Stawką jest jakość leczenia**  
**Medycyna dwóch prędkości | Rozdroże czy niestety coś więcej?**



*Przed nami kolejne Święta Bożego Narodzenia,  
które przyjdzie nam spędzać w cieniu pandemii.*

*Niech jednak to trudne doświadczenie w niczym nie zakłóci  
atmosfery radości z przeżywania świątecznych chwil  
w gronie rodziny, przyjaciół, znajomych.*

*Niech zagości magia i spełnią się najskrytsze marzenia,  
a przyszły rok będzie tym, w którym uda nam się powrócić  
do normalności.*

*Rada Programowa i Redakcja „Gazety Lekarskiej”*

## Samorząd

- 4 Jubileusz w cieniu kryzysu (Andrzej Matyja)
- 8 Dubeltowa kłapa – felieton tradycyjny (Krzysztof Madej)
- 10 Formowanie sztyków

## Temat numeru

- 16 Ciekawe liczby
- 17 2022
- 20 Na przełomie roku
- 22 Nie traćmy już czasu

## Prawo i medycyna

- 24 Podatki i lekarze

- 32 Zawieszenie PWZ za działania antyszczepionkowe
- 34 Czyja swoboda jest swobodniejsza?
- 36 Miało być lepiej, a jak jest?

## Praktyka lekarska

- 38 Rozdroże czy niestety coś więcej? (Andrzej Cisto)
- 39 Polka w zarządzie CED
- 41 Biuletyn
- 43 Fantom nie wystarczy
- 44 Twarzą w twarz z pacjentem
- 46 Kompleksowo i zgodnie ze standardami
- 48 Siecią w raka
- 52 Stawką jest jakość leczenia

- 55 Mała Szwecja na Podlasiu
- 60 Kłątwa le Bruna (Joanna Sokołowska)

## Po godzinach

- 62 Medycyna dwóch prędkości (Sławomir Badurek)
- 63 Stuletnia Łódź (Jarosław Wanecki)
- 64 Królestwo Prawie Umarłych aptekarza z Ampurdan
- 67 Pudełko pamięci
- 68 Bez śladu
- 70 Kultura
- 72 Zjazdy koleżeńskie
- 73 Sport
- 74 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

# Jubileusz w cieniu kryzysu



**Andrzej Matyja**  
prezes NRL

**Historia – ta bliska i ta odległa – uczy, że z zadziwiającą konsekwencją powiela się stare błędy.**

**C**haotyczne decyzje, brak wizji, ogromny deficyt społecznego zaufania, arogancja władzy wobec medyków, zanik autentycznego dialogu (...). A przed nami gigantyczne wyzwania w ochronie zdrowia. Pandemia pokazała, że inwestycje w zdrowie to inwestycje w gospodarkę, bezpieczeństwo i przyszłość kraju. Sprawna i bezpieczna ochrona zdrowia to racja stanu i wyzwanie cywilizacyjne. Życzymy sobie, aby ta świadomość jak najszybciej i w pełni dotarła do wszystkich rządzących i naszych rodaków”.

Takimi życzeniami kończył się mój komentarz w numerze „Gazety Lekarskiej” wydanym na przełomie 2020 i 2021 r. Bez satysfakcji stwierdzam, że nie straciły one na aktualności. Przytłacza skala tzw. nadmiarowych zgonów. Rośnie dług zdrowotny jako efekt pandemii i błędów w zarządzaniu kryzysem, na czym cierpią pacjenci niecovidowi obciążeni innymi chorobami. Zawstydzająco, by nie powiedzieć kompromitująco, wygląda pozycja Polski na tle innych krajów europejskich pod względem skali zakażeń, liczby zgonów w relacji do liczby ludności. Mamy porażkę programu szczepień przeciwko COVID-19 i kapitulację rządzących wobec ruchów negujących pandemię oraz potrzebę szczepień. Widzimy niespójność zaleceń sanitarnych i brak egzekwowania obowiązujących przepisów.

Brakuje decyzji o zastosowaniu w praktyce paszportów covidowych. Wreszcie, słyszymy tłumaczenie bierności rzekomym polskim genem buntu i braku zgody na jakiegokolwiek ograniczenia. Na tym polu kapitulacja. Za to duża aktywność w sferze zaostreżania przepisów karnych, które prowadzą prostą drogą do uprawiania medycyny asekuracyjnej ze stratą dla pacjentów. Równie

dużego zaangażowania nie widać z kolei w walce z hejtem wobec lekarzy.

2021 rok to kolejny rok stracony dla poprawy sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia. Forsowane przez Ministerstwo Zdrowia regulacje płacowe doprowadziły do konfliktów wewnętrznych i nie przyniosły systemowego rozwiązania problemu. Za to ostentacyjne ignorowanie postulatów różnych środowisk medycznych połączonych w proteście w obronie publicznej ochrony zdrowia było przejawem arogancji i lekceważenia nie wobec lekarzy czy całego środowiska medyków, ale wobec pacjentów. Dla nich coraz bardziej dostęp do leczenia będzie limitowany zasobnością portfeli.

Odptyw lekarzy do sektora prywatnego czy emigracja lub chociażby ograniczenie liczby etatów i godzin pracy w trosce o własne zdrowie i bezpieczeństwo zawodowe sprawią, że dobro rzadkie, a takim są kadry medyczne, stanie się jeszcze bardziej niedostępne. Pomysły rządzących na otwarcie polskiego rynku pracy dla lekarzy spoza Unii Europejskiej bez rzetelnej weryfikacji kwalifikacji, czy też „uzawodowienie” kształcenia lekarzy doprowadzą do felczeryzacji medycyny. W tabelach i na wykresach może odnotuje się rosnącą liczbę kadr medycznych, tyle tylko, że zgodnie w prawem Kopernika-Greshama „pieniądz gorszy wyprze pieniądz lepszy”, ale ekipa „zarządzająca zdrowiem” chyba spodziewa się, że ilość

przejdzie w jakość.

przejdzie w jakość.

Gdyby tak było, to liczba stron kolejnych dokumentów, raportów, sprawozdań, programów poświęconych ochronie zdrowia dawno powinna przełożyć się na idealny model, którego zazdrościłby nam świat. Wygłaszane deklaracje zaś przypominają zaklinalnie rzeczywistości.

**Statystyki i wskaźniki mogą być optymistyczne – będą pokazywać wzrost nakładów na zdrowie (o co przecież walczyliśmy), ale wcale nie musi to przełożyć się na odczuwalną poprawę zdrowia mieszkańców naszego kraju.**

W ciągu minionych dwunastu miesięcy mieliśmy prawdziwy wysyp rządowych dokumentów strategicznych w większym lub mniejszym stopniu odnoszących się do ochrony zdrowia – „Polski Ład”, „Zdrowa przyszłość”, „Krajowy plan transformacji”. Dużo słów, tabel, liczb, prezentacji... Gdy jednak przyjrzeć się im uważniej, to widać niespójność, rozproszenie różnych projektów, brak konkretnych mierników oceny. To prosta droga do zmarnowania pieniędzy. Statystyki i wskaźniki mogą być optymistyczne – będą pokazywać wzrost nakładów na zdrowie (o co przecież walczyliśmy), ale wcale nie musi to przełożyć się na odczuwalną poprawę zdrowia mieszkańców naszego kraju.

Mnożenie dokumentów i opracowań, podobnie jak powoływanie kolejnych instytucji, to często ruchy pozorowane, przejaw bezradności, zasłona dymna, za którą skrywa się nieumiejętność lub niechęć do prowadzenia dialogu i unikanie decyzji obciążonych ryzykiem politycznym. Przykładem jest chociażby fasadowa rola, w jakiej została obsadzona Rada Medyczna skupiająca niewątpliwie autorytety w swoich dziedzinach. Rekomendacje ekspertów medycznych mają się nijak do decyzji rządzących, a – jak uczy doświadczenie innych krajów – dawałyby one szansę na powstrzymanie czwartej fali epidemii, która towarzyszyła nam w końcu 2021 r.

W 2022 rok wchodzimy z ciężkim bagażem ponurych statystyk o kondycji zdrowotnej Polaków, z finansową i organizacyjną zapaścią ochrony zdrowia, z brakiem kadr i realnych widoków na poprawę w niedalekiej przyszłości. Jednocześnie jesteśmy świadomi, jak wielki potencjał polskiej medycyny jest niewykorzystany, jak mógłby lepiej służyć chorym, bo przecież mamy wiedzę i umiejętności wcale nie gorsze niż nasi koledzy i koleżanki z innych krajów.

Postęp w medycynie jest ogromny, jesteśmy w stanie ratować ludzi, którzy jeszcze do niedawna nie mieliby szans, możemy wydłużać życie w zdrowiu, ale tak jak kiedyś, tak i teraz jesteśmy zakładnikami polityków, którzy odpowiadają za organizację ochrony zdrowia. Znamienna jest wypowiedź prof. Mieczysława Michałowicza, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w latach 1935-1940 i 1945-1947, którą znaleźć można we właśnie wydanej specjalnej, jubileuszowej publikacji NIL: pt. „Zeszyt Historyczny. 100 pytań na stulecie samorządu lekarskiego w Polsce 1921-2021”. Profesor Michałowicz, apelując do władz sanacyjnych o godne traktowanie lekarzy, a tym samym zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom i państwu, mówił: „Potrafimy się przystosować do obecnych konieczności życiowych. Prosimy jedynie, aby przy gospodarowaniu (...) budżetem na cele lecznictwa głos nasz miał decydujące znaczenie, by o zdrowiu publicznym i o sprawach organizacji lecznictwa nie stanowili, jak to ma częstokroć obecnie miejsce, laicy i cudotwórcy, lecz zwykli fachowcy (...)”.

Nie chciałbym Czytelników zostawiać w minorowych nastrojach u progu nowego roku i nowego stulecia samorządu. Pamiętajmy – idea samorządności lekarskiej liczy wiele setek lat. Autonomia zawodowa i niezależność często były solą w oku rządzących. Samorząd zawodowy jest wpisany w model państwa demokratycznego, obywatelskiego. Ma do spełnienia ważną – choć nie zawsze wdzięczną – rolę recenzenta poczynań władzy i administracji państwowej, a także strażnika standardów zawodowych, co czyni w interesie publicznym. Wypada więc życzyć nam i kolejnym pokoleniom, aby samorząd mógł spełniać pokładane w nim nadzieje. ■



## *Drogi Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy „Gazety Lekarskiej”,*

*z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia życzę Państwu radosnych chwil spędzonych w gronie bliskich oraz wytchnienia od codziennych trosk i niepokoju pandemicznego.*

*Niech poczucie świątecznego ciepła i spokoju towarzyszą Państwu w nadchodzącym 2022 r. Życzę Państwu, Szanownym Koleżankom i Szanownym Kolegom, aby był on wspaniałym wstępem do drugiego wieku istnienia samorządu lekarskiego i aby przyniósł dużo zdrowia, wytrwałości, zawodowej satysfakcji i spełnienia w życiu osobistym.*

*Andrzej Matyja  
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej*



**Alicja  
Szczypczyk**

Dział Mediów  
i Komunikacji NIL

## SKRINING

# Dwieście lat Samorządowi!

2 grudnia 1921 r. sejm uchwalił ustawę o ustroju i zakresie działania izb lekarskich. Nowopowstały samorząd mógł wreszcie samodzielnie kształtować sprawy środowiska lekarskiego w ramach niezależnej państwowości. W życzeniach z okazji rocznicy stulecia prezes NRL Andrzej Matyja podkreślił, że od tamtego momentu lekarze przestali być „jedynie” lekarzami skupionymi na ratowaniu zdrowia i życia pacjentów, a stali się także strażnikami praw, godności i sumienia w wykonywaniu obowiązków zawodowych, partnerem we współpracy z państwem w sprawach dotyczących zdrowia publicznego, reprezentantem i głosem naszej społeczności. ■



## 100 pytań na 100-lecie

Ostatniemu w 2021 r. numerowi „Gazety Lekarskiej” towarzyszy wyjątkowa publikacja – „Zeszyt Historyczny. 100 pytań na stulecie samorządu lekarskiego w Polsce 1921-2021”. Jest to zbiór wspomnień i refleksji wokół samorządu lekarskiego – jego przeszłości i przyszłości, a także polskiej ochrony zdrowia w najszerszym rozumieniu tego pojęcia. Wypowiedzi lekarzy i lekarzy dentyków, ekspertów medycznych, liderów opinii i osobistości ze świata kultury i nauki, tworzą wielowymiarowy obraz funkcjonowania środowiska lekarskiego, jego dokonania i wyzwań, z jakimi się mierzyło w przeszłości i mierzy obecnie. Miłej lektury! ■



## 100-lecie ma swoją kartkę pocztową

Z okazji stulecia izb lekarskich Poczta Polska wydała kartkę okolicznościową, którą można nabyć w sklepie internetowym [www.filatelistyka.poczta-polska.pl](http://www.filatelistyka.poczta-polska.pl) i w wybranych urzędach pocztowych, w tym w Sklepie Filatelistycznym UP Warszawa 1, gdzie dostępny jest także specjalny datownik z logo stulecia do ostemplowania kartki. Pocztówkę zaprojektował Jacek Konarzewski, a jej szczegółowy opis znajduje się na stronie NIL. ■

## Brak konkretów ws. pandemii



**Prezydium NRL poparło apel Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z 28 listopada skierowany do prezydenta, premiera, ministra zdrowia, marszałka Sejmu RP i marszałka Senatu RP.**

W stanowisku z 29 listopada PNRL stwierdziło, że rekomendacje specjalistów z dziedziny epidemiologii i chorób zakaźnych są wyraźnym sygnałem, że dalsza bezczynność władz jest rażącym zaniedbaniem bezpieczeństwa publicznego i zdrowia mieszkańców kraju. ■

## Powrót zawodówek

Prezydent RP podpisał ustawę z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw, która zawiera przyjęte przez sejm kontrowersyjne senackie poprawki, umożliwiające uczelniom zawodowym prowadzenie nauczania na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Pomysł wprowadzenia tzw. zawodówek dla lekarzy i lekarzy dentyków od początku krytykował samorząd lekarski, który m.in. apelował do prezydenta o niepodpisywanie ww. ustawy, wskazując, że to rozwiązanie doprowadzi do obniżenia standardów nauczania i felczeryzacji zawodu. Według Prezydium NRL dopuszczenie do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry osób z wykształceniem uzyskanym na uczelni zawodowej podważy zaufanie do wszystkich osób wykonujących te zawody. Fakt podpisania ustawy skomentował prezes NRL Andrzej Matyja, twierdząc, że rządzący oszukali samorząd lekarski i opinię publiczną, a sposób, w jaki ponownie wprowadzono zapisy, określił jako skandaliczny i świadczący o totalnym znieważeniu i zignorowaniu środowiska lekarskiego. ■

# Chirurgiczna asysta lekarza

Pomimo stanowczego sprzeciwu samorządu lekarskiego, 10 listopada 2021 r. ogłoszono nowelizację rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie utworzenia specjalizacji „chirurgiczna asysta lekarza” (ChAL).

Według uzasadnienia projektu rozporządzenia, wprowadzenie ChAL wynika z niedoboru lekarzy chirurgów w systemie opieki zdrowotnej. Prezes NRL Andrzej Matyja uważa, że od tego rozwiązania liczba

chirurgów nie ulegnie zwiększeniu, a warunki realizacji szkolenia specjalizacyjnego pogorszą się. Jego zdaniem każda asysta, która nie będzie przygotowywać przyszłego samodzielnego chirurga, to zmarnowane miejsce przy stole operacyjnym.

„Dużo większą korzyść przyniosłoby uwolnienie nas od części papierologii, w czym mogłyby pomóc sekretarki medyczne” – skomentował prezes NRL,

wyjaśniając, że w Polsce do pracy biurokratycznej w ochronie zdrowia „używa się” lekarzy, a już w szczególności młodych lekarzy, przez co są oni coraz bardziej „wykształceni” w wypełnianiu formularzy, a coraz mniej w naukowej medycynie klinicznej. Wyraził także przekonanie, że jeśli sprawy biurokratyczne przejąłby personel pomocniczy, to chirurdzy byłiby w stanie spokojnie realizować plany operacyjne. ■

## „Bezczynny” dyrektor CEM

Naczelna Izba Lekarska otrzymała korzystny wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi, w którym stwierdzono, że dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych dopuścił się beczynności w rozpoznaniu wniosku NIL z 15 lutego 2021 r. o udostępnienie informacji publicznej i zobowiązał dyrektora CEM do jego rozpoznania w terminie 14 dni od dnia zwrotu przez sąd akt administracyjnych organowi wraz z odpisem prawomocnego wyroku.

Wniosek dotyczył udostępnienia przez CEM treści pytań egzaminacyjnych wraz z poprawnymi odpowiedziami, wykorzystanych na potrzeby Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, dla wszystkich specjalności, które odbyły się w latach 2016-2020 w sesji wiosennej.

Wyrok ten jest nieprawomocny. Dyrektorowi CEM przysługuje bowiem prawo wniesienia skargi kasacyjnej do NSA w terminie 30 dni od dnia doręczenia mu wyroku WSA w Łodzi. ■

## Zostawcie staż podyplomowy

Prezydium NRL stanowczo sprzeciwia się zgłoszonej przez Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i popartej następnie przez ministra zdrowia propozycji zniesienia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków.

W stanowisku z 5 listopada czytamy, że staż podyplomowy powinien być utrzymany, ponieważ jest formą kształcenia, która w najlepszy sposób prowadzi do nabycia przez absolwentów uczelni medycznych uprawnień do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Według PNRL stanowi on niezbędne uzupełnienie wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów. ■

## Nowa forma protestu

Pod koniec listopada Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy, wobec braku reakcji na postulaty protestujących medyków, jak i rosnącej na sile czwartej fali pandemii, podjął decyzję o zmianie formy aktywności. W Alejach Ujazdowskich w pobliżu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów pozostały symbole Białego Miasteczka 2.0, ale działalność jego mieszkańców i komitetu została przeniesiona do przestrzeni wirtualnej, gdzie jest kontynuowana komunikacja z pacjentami.

Komitet podkreśla, że nie jest to koniec protestu pracowników polskiej ochrony zdrowia. Zapowiedziano m.in. podjęcie współpracy z organizacjami pacjencjami oraz, jeśli będzie taka potrzeba, ponowne „wyjście na ulicę”. ■

## Spotkanie z RPO



19 listopada Prezes NRL Andrzej Matyja spotkał się z Rzecznikiem Praw Obywatelskich Marcinem Wiąckiem w celu omówienia obecnych problemów w ochronie zdrowia, w tym związanych z pandemią COVID-19. Podkreślono pilną potrzebę zwiększenia zakresu szczepień, jak również podejmowania innych działań organizacyjnych i prawnych mających na celu zmniejszenie skali zagrożeń. Inne wątki rozmowy dotyczyły problemu uregulowania odpowiedzialności dyscyplinarnej lekarzy, w tym ustawy o biegłych sądowych. Poruszono też szereg konkretnych spraw, z którymi NRL zwracała się w ostatnim czasie do RPO. Zdaniem obu rozmówców, potrzebne jest szybkie wsparcie ze strony państwa dla systemu ochrony zdrowia, tak aby konstytucyjne prawo obywateli do opieki zdrowotnej mogło być skuteczniej realizowane. ■

## O biegłych w prokuraturze

8 listopada odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządu lekarskiego z kierownictwem Departamentu Postępowania Przygotowawczego Prokuratury Krajowej. Tematem rozmów był problem systematycznego zmniejszania się liczby biegłych lekarzy, co wynika m.in. z niskich stawek wynagrodzeń za wydawanie opinii, które zniechęcają lekarzy do współpracy z wymiarem sprawiedliwości. ■



# Dubeltowa kłapa

## – felieton

## tradycjonalistyczny

Gdy 30 listopada br. Pan Prezydent podpisał ustawę o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym\*, zdawało mi się przez chwilę, że powinienem „na czterech” wejść pod stół i zaszczekać.

**Krzysztof Madej**

**J**ak to mówią prawnicy – jako lekarz jestem pod wzrastającym wrażeniem języka prawniczego – publicznie poświadczylem nieprawdę. Odszczenie to taka staropolska kara, dzięki której można było zmyć winę kłamstwa i odzyskać społeczną oraz towarzyską wiarygodność. Ale ja chyba nie skłamałem. Z kłamstwem mamy do czynienia wówczas, gdy ktoś wie, jaka jest prawda, a głosi nieprawdę dla sobie widomych celów, lub nie wie, jaka jest prawda, ale wymyśla swoją, poddaje się zwidom i głosi je jako prawdę. Podobno to drugie kłamstwo jest gorsze od pierwszego, bo wynika z głupoty, a nie z występnej przewrotności. „To gorzej niż występpek, to głupota” – jak strawestował kiedyś mój przyjaciel sławne powiedzenie Talleyranda. No nie, żebym skłamał. Postanowiłem tylko zabawić się w proroka i nie wyszło. I jeszcze, na dokładkę, próbowałem zrationalizować swoje prorocstwo. Czyli kłapa dubeltowa.

Napisałem mianowicie w swoim poprzednim felietonie\*\*, że rządowy pomysł, aby szeroko otworzyć rynek kształcenia przyszłych lekarzy, aż do poziomu szkół zawodowych, nie przetrwał parlamentarnej obróbki w przedłożonym kształcie, pomimo tego, że był rządowy, a więc teoretycznie odporny na dyskusję i możliwość zgłaszania wątpliwości, poszukiwania innych, w założeniu lepszych, rozwiązań. Świadomie napisałem „rynek kształcenia przyszłych lekarzy”, bo w ustawie tej (oprócz wprowadzenia „na rympał” do procesu legislacyjnego owego szczególnego przywileju dla szkół zawodowych, aby na zasadzie wyjątku mogły otwierać kierunki lekarskie) jest cała grupa przepisów wprowadzających instytucję kredytu na studia lekarskie. A więc tworzony jest w tej sferze rynek na całego: z bogatym sztafażem zachowań biznesowych, komercyjnych, konkurencyjnych i czego tam jeszcze trzeba, żeby „się kręciło”.

Założyłem mianowicie, że na tym wschodzącym rynku, gdzie musi rozgorzeć konkurencja, której celem ma być właśnie podział rynku, silniejszym partnerem będzie świat

szkolnictwa akademickiego, który nie wypuści z ręki nadzarządzającej się szansy zawłaszczenia swojej części tego rynku (poza państwowymi wyższymi szkołami medycznymi) i zastopuje skromnego, uzurpatorskiego ambicjonera. Samo przenoszenie szkolnictwa lekarskiego do szkół wprawdzie akademickich, ale niemających wiele wspólnego z praktyczną medycyną kliniczną, z rozwojem nauk medycznych i z nauczaniem medycyny – powtórzę, bo to ważne – klinicznej, na bazie własnych klinik, wydawało się tak dużą prowokacją na wyobraźni zbiorowej, że pójdzie dalej oznaczało wyjście poza tę wyobraźnię. Mówiąc o nauczaniu młodzieży lekarskiej medycyny i o klinikach akademickich, mam na myśli tę tradycyjną i utraloną w etosie szkolnictwa lekarskiego formułę, w której szpital (nazywany klinicznym), poradnia czy pracownia, instytucja naukowo-badawcza i szkoła stanowiły jedność. Ale to wszystko miazmaty przeszłości i autor tego felietonu ma pełną świadomość, że posiada i przechowuje swoje poglądy na własną odpowiedzialność, a ponieważ chcącemu nie dzieje się krzywda (*volenti non fit iniuria*), to chęć trwania przy takich poglądach i niechęć do ich zmiany nie upoważnia do ogłaszania, że dzieje się jakaś krzywda. „Taki mamy klimat” – znowu zacytuję, tym razem za klasyczką (żeby było modnie i z feminatywem).

I stała się rzecz zaskakująca. Senat, do którego trafiła ustawa w nieco zmienionym przez sejm, w stosunku do pierwotnego rządowego przedłożenia, kształcie, przywrócił „na żywca” wersję wyjściową. Doskonale rozumiem, że w obecnej dobie senat musi oprotestować wszystko, co przedkłada mu sejm, ale żeby od razu wracać do wersji rządowej? I jeszcze na dokładkę sejm, który z niewiadomych dla nas, a z pewnością dla siebie wiadomych przyczyn, dokonał pewnego kompromisu, zatrzymując się w pół drogi między wyższym kształceniem lekarskim i kształceniem zawodowym, przyjął poprawki senatu, prawie przez aklamację. Czyli że mamy tutaj do czynienia z zupełnie inną grą między koalicją i opozycją, inną niż tylko próby wzajemnego blokowania



sobie inicjatyw legislacyjnych. To wygląda na realizację wspólnego planu. Musiały chyba za tym stać wielkie i tajemnicze moce, że Platforma tak zgodnie z PiS-em współpracowała i to na obu piętrach parlamentu.

Mówię „niewiadomych”, bo my w samorządzie, mając przywilej opiniowania projektów aktów prawnych, często nie widzimy tej całej maszyny lobbingu parlamentarnego i dokonującego się w sferach rządowych, tych ściągających się grup interesów, tych gier politycznych i tych kalkulacji – dalekosiężnych i ustrojowych. Jesteśmy więc często recenzentem ułomnym, bo prawdziwe oblicze nowych przepisów objawia swoje znaczenie dopiero po długim czasie.

Samorząd lekarski oczywiście odniósł się negatywnie do idei tak szerokiego otwarcia rynku szkolnictwa lekarskiego (ach ten samorząd! – tylko krytykuje, sprzeciwia się i protestuje). Konsekwentnie używam terminu „szkolnictwa lekarskiego”, a nie medycznego, bo uważam, że wykształcenie lekarza to trochę coś innego niż nauczanie zawodu. Powodem tej krytycznej opinii był argument, że obawiamy się znacznego zniżenia poziomu kształcenia. Druga strona replikuje, że nic podobnego, bo kształcenie lekarzy, gdziekolwiek nie byłoby prowadzone, przebiegać będzie zgodnie z tymi samymi standardami i nad ich wypełnieniem czuwać będzie PKA (Państwowa Komisja Akredytacyjna).

O znaczeniu urzędniczej akredytacji niech świadczy akredytacja szpitali. Wszystkie one mają akredytację, a co to oznacza dla systemu ochrony zdrowia? Zdaje się, że niewiele. W chwili, gdy piszę te słowa, otrzymałem zarządzenie ministra zdrowia\*\*\* o konieczności zmiany tych standardów, na które jeszcze przed chwilą powoływaliśmy się, że są takie doskonałe: stałe i wspólne. Zapewne ma to być zmiana pod nowy system.

Wykształcenie lekarza to danie mu takiej formacji umysłowej i moralnej, że będzie się on czuł zawsze blisko związany ze społecznością naukową, mimo iż z rozwojem nauki najczęściej nie będzie miał on później wiele wspólnego. To wykształcenie wewnętrznego przymusu interesowania się postępowaniem i rozwojem nauk medycznych, wdrażaniem ich we własnym otoczeniu i własnej praktyce i zaszczepienie moralnego nakazu kształcenia ustawicznego. Temu właśnie służą studia medyczne, dłuższe niż inne, aby można było nauczać o całej medycynie i jej humanistycznych okolicach, a nie tylko o wąskich, wybranych czynnościach zawodowych. Studia te od zawsze były programowo bardziej „teoretyczne”, zostawiając na po studiach wiele praktycznych zastosowań zdobytej wiedzy: na staż podyplomowy, zatrudnienie w placówce z wybranej dziedziny klinicznej i staż specjalizacyjny. Od głębokiego średniowiecza zaczynając, szkoła wyższa mogła mieć status uniwersytetu, gdy

posiadała cztery wydziały: filozofię, teologię, prawo i medycynę, czyli same niepraktyczne przedmioty.

Teraz mamy „przełożyć wajchę” w drugą stronę. Podobno studia lekarskie należy skrócić, „upraktyczyć”, należy zlikwidować staż podyplomowy i najlepiej skrócić staż specjalizacyjny, a także ograniczyć znaczenie tradycyjnych kryteriów naboru na te studia.

Mamy jednak prawo obawiać się w medycynie tych wszystkich skutków nadmiernej komercjalizacji kształcenia na poziomie wyższym – że wyrażę się najbardziej oględnie, jak tylko potrafię. Żeby nie narazić (się) i nie obrazić (absolwentów).

Dyskusja nad tymi sprawami przebiega wg znanego schematu, że obie strony sporu używają tych samych argumentów, tylko nadają im przeciwstawną ocenę. Trochę to przypomina zachowanie przedszkolaków: „proszę Pani, on zaczął”, „nie, to on zaczął”, „nie, to on zaczął”, i tak w kółko. „Pogorszy jakość”, „nie, poprawi jakość”, „podwyższy poziom”, „nie, obniży poziom”. Znowu te prorocтва (patrz wyżej).

Z tym zaskakującym przebiegiem procesu legislacyjnego można przyjąć (a felietonista, uważam, ma takie prawo, że może wymyślać różne scenariusze, aż do „political fiction” włącznie), że wszystko to było grą, która miała na celu tym łatwiejsze przeforsowanie pierwotnego pomysłu, bo miała zmylić różnych akademickich pięknoduchów.

Można się też było spodziewać, że „stary” świat akademicki odniesie się z rezerwą do przedłożenia rządowego, ale świat nauki zawsze wiąże się z władzą, bo zależy od pieniędzy, którymi zawsze dysponuje aktualnie panująca władza. A poza tym, otwiera się przecież duży rynek „usług edukacyjnych”, co być może pozwoli przełamać zasadę wprowadzoną przez Jarosława Gowina, że można mieć jeden etat akademicki.

Kształcenie lekarzy to bardzo delikatny, utwierdzony wielowiekową tradycją projekt kulturowy. Zachowujemy się trochę jak ten wsiowy głupek, co to twierdzi, że wszystko potrafi naprawić: traktor, zegarek itp. Zawsze zostanie mu trochę „niepotrzebnych” części do wyrzucenia, a co miało być naprawione, pozostaje zepsute, tylko jeszcze bardziej.

Gdyby po tym, co napisałem, komuś przyszło do głowy zarzucić mi, że jestem ciasnym, tradycjonalistycznym konserwatystą, niezdolnym do rozumienia postępu, nowoczesności i logiki etapu, nie tylko się nie obrażę, ale uznam to za zaszczyt. W tym wypadku. ■

\* Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw.

\*\* „Dyplom na kredyt – felieton nostalgiczny” „Gazeta Lekarska” 11/2021.

\*\*\* Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry, Dz. Urz. Min. Zdr. z 3 grudnia 2021 r., poz. 93.

## 100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



**Lucyna Krysiak**  
dziennikarz

# Formowanie szyków

Po I Krajowym Zjeździe Lekarzy, który odbył się w grudniu 1989 r., a następnie pierwszym posiedzeniu nowo wybranej Naczelnej Rady Lekarskiej, stało się jasne, że odrodzony samorząd lekarski wymaga budowania swoich struktur od podstaw.

**R**esztki przedwojennej spuścizny rozgrabionej przez Niemców w czasie okupacji, a po wojnie przez władze komunistyczne, nie wystarczyły, by na nich budować. Brakowało pieniędzy, lokali, biurów, a nawet telefonów – jednym słowem podstawowych narzędzi, które są potrzebne, aby tworzyć aparat administracyjny niezbędny do zorganizowania i funkcjonowania izb lekarskich. Wprawdzie I KZL powołał przedstawicielstwa samorządu lekarskiego w postaci okręgowych rad i Naczelnej Rady Lekarskiej, ale izby będące strukturami zarządzającymi i wykonawczymi trzeba było tworzyć od początku, co było ogromnym wyzwaniem dla środowiska lekarskiego.

## W KLIMACIE CHAOSU I OPÓZNIENIŃ

Wszystko to odbywało się w trudnej rzeczywistości przepełnionej chaosem i opóźnieniami w wydawaniu decyzji. Czas był niespokojny, a sytuacja polityczna niestabilna. Szybko zmieniały się w Polsce rządy i ministrowie zdrowia, od których przecież zależało wydanie aktów wykonawczych do ustawy o izbach lekarskich, a co za tym idzie, przekazanie środków na realizację zadań przejętych od państwa przez samorząd. Dodatkowo na słabą wydolność resortu zdrowia miała wpływ dramatyczna sytuacja publicznego sektora opieki zdrowotnej – szpitali i przychodni, oraz protesty płacowe personelu medycznego. Odbijało się to na relacjach z samorządem lekarskim, który był finansowo zależny od swojego rządowego partnera, czyli Ministerstwa Zdrowia.

Ustawa o izbach lekarskich nakazywała samorządowi przejęcie od państwa takich kompetencji, jak np. przyznawanie i wystawianie lekarzom prawa wykonywania zawodu czy zorganizowanie Centralnego Rejestru Lekarzy. Na te cele resort powinien samorządowi przekazać pieniądze, ale nie wywiązywał się z tego obowiązku. Kulejąca współpraca odbijała się również na działalności rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądów lekarskich, które długo czekały na wydanie aktów wykonawczych do ustawy o izbach lekarskich określających zasady ich funkcjonowania.

**Dr Ciećkiewicz przestrzegał, że każda zajadła dyskusja o KEL ma zabarwienie polityczne, co w podtekście oznacza chęć manipulowania poglądami lekarzy przez aktualnie sprawujących władzę.**

Coś powoli zaczęło się jednak zmieniać. W marcu 1990 r. sejm znowelizował ustawę o izbach lekarskich z 17 maja 1989 r., co pozwoliło m.in. zlikwidować Kolejową Izbę Lekarską, postrzeganą jako anachronizm, i dokonać zmian w nazewnictwie okręgowych izb lekarskich zgodnie z oczekiwaniami ich członków. Nawiązując do ówczesnej sytuacji politycznej, prof. Stefan Zgliczyński,

przewodniczący Komisji Informacji NRL i redaktor Biuletynu NRL tak skomentował te wydarzenia: „Izby lekarskie swą siłę powinny czerpać nie z idei państwa, partii czy związku zawodowego, ale z idei samorządowych opartych o największe autorytety lekarskie, zabierając głos w sprawach najważniejszych – reformy służby zdrowia, narodowych programów ochrony zdrowia oraz kształcenia przed- i podyplomowego”.

## NADZWYCZAJNY ZJAZD

W opinii prof. Zgliczyńskiego w pierwszym okresie formowania szyków samorządności lekarskiej (po I Krajowym Zjeździe Lekarzy) doszło do rozproszenia działań Naczelnej Rady Lekarskiej, czego dowodził nadmiar wydawanych stanowisk i oświadczeń w sprawach szczegółowych, a także brak reakcji w sprawach zasadniczych. Jeszcze dobitniej profesor wypowie się na ten temat przed II Krajowym Zjazdem Lekarzy, nazwanym Nadzwyczajnym. Inicjatywa jego zwołania wyszła z Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie. Jej przewodniczący Witold Fijałkowski przekonywał, że są sprawy wymagające natychmiastowych uregulowań – sfinalizowanie prac nad kodeksem deontologicznym, ustawą o zawodzie lekarza, określeniem zasad kontaktów NRL z okręgowymi radami lekarskimi czy choćby ustalenie procentu składki przeznaczanej na działalność NRL.

Propozycja Witolda Fijałkowskiego została przedstawiona na posiedzeniu Konwentu Przewodniczących Rad Lekarskich i wywołała prawdziwą burzę. Oponenti zorganizowania nadzwyczajnego zjazdu lekarzy byli zdania, że w ogólnie



II Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Częstochowie



XI Zjazd Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



Wśród delegatów prof. Stanisław Leszczyński (pierwszy z prawej), obok prof. Stefan Zgliczyński

panującej biedzie wśród lekarzy i walce o podwyżki płac poprzez akcje protestacyjne trudno będzie udźwignąć koszty tego przedsięwzięcia. Jednak projekt poparła znacząca większość uczestników konwentu (36 osób), m.in. Jerzy Moskwa, i w związku z tym NRL zdecydowała, że nadzwyczajny zjazd lekarzy się odbędzie, co miało miejsce 13-14 grudnia w Bielsku-Białej.

Wydarzenie to zdominowane było uchwaleniem Kodeksu Etyki Lekarskiej, co przyćmiło sprawy związane z dyskusją nad projektem ustawy o zawodzie lekarza. Za sukces poczytywano wówczas, że zjazd, przy zachowaniu wymogu kworum, przegłosował wszystkie szczegółowe zapisy i poprawki dotyczące KEL. Zdecydował także o włączeniu do kodeksu roty

przyrzeczenia lekarskiego jako preambuły. Uchwalenie KEL było jednak wsadzeniem kija w mrowisko i jego echa sięgały daleko poza samorząd lekarski. Posłanka Izabela Sierakowska w czasie posiedzenia sejmiku, które odbyło się 18 grudnia 1991 r., odnosząc się do zapisów dotyczących przerywania ciąży, przekonywała, że kodeks będzie działał wbrew obowiązującemu prawu i ograniczy naturalne i obywatelskie prawa kobiety jako wolnej jednostki. Natomiast posłanka Elżbieta Seferowicz wyraziła opinię, że uchwalenie Kodeksu Etyki Lekarskiej jest decyzją samorządu lekarskiego i nie ma podstaw, aby posłowie, w dodatku nie lekarze, ingerowali w decyzje dotyczące zasad etyki zawodowej podejmowanych w imię dobra pacjenta i prestiżu zawodowego. Kodeks

jednak budził coraz większe kontrowersje, również wśród lekarzy. Jednym ze stawianych przez nich zarzutów był brak konsultacji projektu ze środowiskiem. Dr Jerzy Umiastowski, przewodniczący ORL w Gdańsku, tak odniósł się do krytycznych opinii wyrażanych wówczas na ten temat: „Teraz, kiedy KEL został uchwalony, wiele osób ma zastrzeżenia, ale kiedy można było zabrać głos w tej sprawie na etapie, kiedy projekt był tworzony, skorzystali z tego przywileju nieliczni, jeśli tego nie zrobili, to znaczy, że słabo interesowali się sprawami samorządu”.

### KOŚĆ NIEZGODY

Dr Jan Ciećkiewicz, ówczesny przewodniczący ORL w Krakowie i przewodniczący II Krajowego Zjazdu Lekarzy, studiował te emocje, przekonując, że bez względu na to, jak krzykliwe są grupy, którym się pewne sformułowania nie podobają, KEL jest wyrazicielem większości środowiska. Przypomniawszy, że na zjeździe co setny polski lekarz był reprezentowany przez delegata wybranego w dwustopniowych, tajnych i demokratycznych wyborach, decydując o swoich sprawach bez nacisków z zewnątrz. Uważał, że przyjmując tekst KEL, zjazd był wyrazicielem poglądu, że to etyka powinna kształtować prawo.

Jednak kontrowersjom nie było końca i stało się jasne, że KEL wymaga wprowadzenia poprawek. Ich przygotowanie powierzono prof. Zbigniewowi Chłapowi, przewodniczącemu Komisji Etyki Lekarskiej NRL. Chcąc, aby projekt zmian dotarł do wszystkich lekarzy, został w całości wydrukowany w czerwcowym numerze „Gazety Lekarskiej” z 1991 r. Lekarze nadesłali 130 uwag, z czego 60

uwzględniono w projekcie. Prof. Chłap zaznaczał, że mimo tych zmian tekst KEL w pełni zachował swój pierwotny charakter dokumentu odzwierciedlającego postawy środowiska lekarskiego oparte o powszechne światowe zasady humanitarne. Tłumaczył, że zmiany te nadają jedynie kodeksowi większy stopień uogólnień, jeśli chodzi o zapis zasad postępowania etycznego. Ważną zmianą było także odejście od terminologii prawnej przy określaniu zasad etycznych takich jak godność zawodu lekarza, sumienie lekarza, zaufanie, co było w przeszłości często przedmiotem nieporozumień. Zmiany te nie wszystkich do końca satysfakcjonowały. Krytycznie na temat KEL w nowej formule wypowiadali się genetycy, położnicy, szczególnie w punktach dotyczących prokreacji. I znów głos w sprawie zabrał Jan Ciećkiewicz, który chcąc załagodzić nastroje, zaapelował do środowiska, aby poprawioną i dostosowaną do obowiązującego prawa w Polsce wersję KEL traktować jako kompromis, który jest do przyjęcia dla każdego lekarza, aby można było wyjść z dyskusji na ten temat nieskłóconymi. Nawoływanie do kompromisu przez doktora Ciećkiewicza było prorocze, ponieważ KEL nawet po tak wielu latach od jego uchwalenia wciąż budzi emocje i jest wielu chętnych, aby zmieniać treść tego dokumentu. Dr Ciećkiewicz przestrzegał, że każda zajadła dyskusja o KEL ma zabarwienie polityczne, co w podtekście oznacza chęć manipulowania poglądami lekarzy przez aktualnie sprawujących władzę.

## WSPÓLNA DROGA

W 1938 r. stomatolodzy dopracowali się własnego suwerennego samorządu, ale nie zdążyli jeszcze okrzepnąć, a już wybuchła II wojna światowa i podzielili los izb lekarskich, które przejął w posiadanie okupant. Jednak po wyzwoleniu prawem ustanowionym przed wojną wciąż istnieli jako samorząd i dopiero ustawą z 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich, podobnie jak lekarze, zostali pozbawieni tego przywileju.

Kiedy na fali solidarnościowej odnowy zrodziła się idea odrodzenia samorządu lekarskiego, założeniem było, aby tworzyli go przedstawiciele dwóch zawodów – lekarzy i lekarzy dentystów. Zwolennikiem tej koncepcji było środowisko akademickie stomatologów, a przede wszystkim prof. Włodzimierz Józefowicz,

## Kiedy na fali solidarnościowej odnowy zrodziła się idea odrodzenia samorządu lekarskiego, założeniem było, aby tworzyli go przedstawiciele dwóch zawodów – lekarzy i lekarzy dentystów.

wiceprzewodniczący Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich, członek Prezydium NRL I kadencji i jej skarbnik oraz członek Komisji Finansowej i Współpracy z Zagranicą NRL. W Komisji Legislacyjnej NRL projekt ustawy lekarzy dentystów przygotowywali: Andrzej Fortuna, Halina Porębska, Zbigniew Klimek, a jako konsultanci współpracowali prof. Janusz Piekarczyk i prof. Eugeniusz Spiechowicz (prezes i wiceprezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego). Obaj odegrali znaczącą rolę w procesie legislacyjnym, uzyskując porozumienie z konsultantami krajowymi przy omawianiu zakresu uprawnień zawodowych stomatologów.

Ważnym wsparciem dla lekarzy dentystów w pracach nad projektem był mec. Witold Preiss, który jako długoletni radca prawny PTS doskonale znał problemy zawodowe lekarzy dentystów. Rok 1991 był dla nich szczególnie ważny – 30 listopada powstała Komisja Stomatologiczna NRL, a 14 grudnia jej przewodniczący dr Andrzej Fortuna, stomatolog z Nowego Sącza, z rekomendacji prof. Józefowicza został nowym członkiem NRL. Oznaczało to, że proces połączenia lekarzy i lekarzy dentystów w samorządzie lekarskim jest na dobrej drodze.

Od początku celem powołania Komisji Stomatologicznej NRL była integracja środowiska stomatologów. Sprawy, którymi się zajmowała w trudnym czasie przemian ustrojowych, były dla stomatologów najwyższej wagi. Dotyczyły stażów podyplomowych, prywatyzacji praktyk, wartościowania pracy stomatologów. Opracowany przez nich autorski katalog pracy lekarzy dentystów stał się wzorem dla innych specjalności lekarskich. Własna komisja z jednej strony dawała stomatologom poczucie spójności, ale i odrębności jako grupy zawodowej, z drugiej – przynależności korporacyjnej do samorządowej społeczności lekarskiej.

## ZAWODOWA WIĘŹ

Kluczowe dla integracji stomatologów i wytyczenia dróg, którymi mieli kroczyć w przyszłość jako grupa zawodowa, było spotkanie w Rytrze (1-2 maja 1992 r.), na które przyjechało 140 lekarzy dentystów, a wśród nich profesorowie, konsultanci krajowi, przedstawiciele ZG PTS, resortu zdrowia i nowo powstałej Komisji Stomatologicznej NRL. Uczestniczący w spotkaniu prof. Janusz Piekarczyk, reprezentujący Akademię Medyczną w Warszawie i ówczesny prezes PTS, powiedział, że integracji służą już studia stomatologiczne w akademiach medycznych, ponieważ stanowią jeden z dwóch kierunków studiów lekarskich. Kończący je lekarze dentyści otrzymują solidne wykształcenie medyczne. Wprawdzie ukierunkowane na leczenie schorzeń jamy ustnej, ale zbliżone do studentów medycyny za sprawą zajęć z anatomii, histologii, fizjologii, mikrobiologii i patologii. Dają też przygotowanie m.in. w zakresie farmakologii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych. Podkreślał, że ten wspólny tok studiów ze studentami medycyny wytworzył w nich silną zawodową więź, czego wyrazem jest wspólny samorząd. Ta więź przejawiała się na wiele sposobów, np. w walce o prawa lekarzy dentystów do specjalizacji, czemu dał wyraz dr Andrzej Fortuna na posiedzeniu Komisji Stomatologicznej NRL z 4 listopada 1992 r. Powiedział wówczas: „Aktualna regulacja prawna nie zezwala na odbywanie staży specjalizacyjnych w przypadku, kiedy lekarz nie jest zatrudniony w placówce publicznej służby zdrowia. Prywatnie praktykujący lekarze zostali więc pozbawieni tej możliwości, a co za tym idzie – podnoszenia swoich kwalifikacji”.

Tak więc, choć lekarze dentyści stali się pionierami prywatyzacji usług lekarskich, nie mieli możliwości uzyskania tytułu specjalisty. Zmiana nastąpiła, kiedy NRL zajęła stanowisko w sprawie kształcenia specjalizacyjnego stomatologów, umieszczając je w dokumencie traktującym w całości problem kształcenia specjalizacyjnego lekarzy. To był kolejny niezbit dowód na to, że lekarzy i lekarzy dentystów łączy zawodowa więź, która trwa do dziś. ■

Źródła:

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

Halina Porębska, Anna Lella, „Lekarze dentyści w Rzeczypospolitej Polskiej”

# Przeszczepienia komórek krwiotwórczych w chorobach z autoagresji – stan aktualny

**W większości chorób z autoagresji standardem jest leczenie immunosupresyjne lub immunomodulujące, które ma na celu wyeliminowanie lub osłabienie ataku układu odpornościowego na własne komórki i tkanki chorego. Autologiczne przeszczepienia komórek krwiotwórczych są w istocie ekstremalną formą takiej terapii.**

Dr hab. n. med. **Emilian Snarski**

**W**ybrane leki są w tym rodzaju leczenia stosowane jako kondycjonowanie przed przeszczepieniem, niszczące limfocyty odpowiedzialne za daną chorobę – w dawkach mieloablacyjnych (niszczących szpik wraz z komórkami krwiotwórczymi) lub immunoablacyjnych (niszczących sam układ odpornościowy). Przeszczepienie własnych komórek krwiotwórczych ma na celu odnowienie krwiotworzenia oraz przyspieszenie odbudowy układu odpornościowego. Takie postępowanie daje duże szanse na uzyskanie remisji w wybranych chorobach z autoagresji – nawet jeżeli wcześniej nie reagowały na leki immunosupresyjne.

W wytycznych towarzystw przeszczepiania szpiku leczenie to jest traktowane jako standardowe w kilku jednostkach chorobowych, a jako opcja kliniczna w wielu innych. Jak wygląda sytuacja z wytycznymi towarzystw związanych z poszczególnymi chorobami?

Amerykańskie National Multiple Sclerosis Society wydało w 2021 r. rekomendacje co do tego, u kogo i jak stosować autologiczne przeszczepienia komórek krwiotwórczych<sup>1</sup>. Idealnymi kandydatami

są chorzy, którzy mają mniej niż 50 lat, z czasem trwania choroby poniżej 10 lat, z postacią rzutowo-remisyjną SM. Są to osoby, które mają aktywność choroby pomimo leczenia wysoko efektywnymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub mają przeciwwskazania do takich leków.

European League Against Rheumatism (EULAR) w swoich wytycznych umieszcza autologiczne przeszczepienia komórek krwiotwórczych jako opcję leczenia twardziny układowej<sup>2</sup>. Optymalnymi kandydatami są chorzy z progresją choroby lub gwałtownie postępującą twardziną zagrożeni niewydolnością narządów. Kluczem w kwalifikacji jest właściwy moment skierowania na przeszczepienie. W randomizowanym badaniu porównującym comiesięczne pulsy cyklofosfamid z przeszczepieniem, to przeszczepienie komórek krwiotwórczych okazało się skuteczniejszą opcją. Kwalifikacja do autologicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych powinna odbywać się więc w momencie postawienia ewentualnego wskazania do leczenia pulsami cyklofosfamid – zanim dojdzie do istotnej klinicznie niewydolności mięśnia sercowego czy płuc.

Aktualna aktywność ośrodków przeszczepowych w Europie (EBMT) w zakresie

przeszczepień w chorobach z autoagresji to około 300 zabiegów rocznie<sup>3</sup>. Warto zauważyć, że w każdym z kilku wiodących ośrodków spoza EBMT wykonuje się nawet ponad 200 przeszczepień rocznie. Głównymi ograniczeniami w Europie ze strony hematologicznej są: brak ośrodków zorientowanych na takich chorych, problemy z finansowaniem procedur przeszczepowych oraz niewielka liczba chorych kierowanych na takie procedury przez lekarzy odpowiednich specjalizacji. Po opisanym przez National Multiple Sclerosis Society zaleceń co do przeszczepień komórek krwiotwórczych w stwardnieniu rozsianym powinniśmy szybko zaobserwować wzrost aktywności w tym zakresie w ośrodkach w USA.

Autologiczne przeszczepienia komórek krwiotwórczych są opcją leczenia z udowodnioną skutecznością. Pomimo dostępności tej formy terapii od wielu lat nadal chorzy nie mają dużych szans na to, by otrzymać takie leczenie – które dla części z nich oznacza zatrzymanie aktywności choroby, poprawę stanu klinicznego lub zwiększenie szans na remisję. Włączenie tego leczenia do list rekomendowanych terapii przez międzynarodowe towarzystwa niesie nadzieję na poprawę dostępności tej terapii w najbliższym czasie. ■

1. Aaron E. Miller et al., National Medical Advisory Committee of the National Multiple Sclerosis Society. Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant in Multiple Sclerosis: Recommendations of the National Multiple Sclerosis Society, JAMA Neurol 2021 Feb 1;78(2):241-246. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.4025.

2. Otylia Kowal-Bielecka et al., Update of EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 2017 Aug;76(8):1327-1339. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209909.

3. Tobias Alexander et al., Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Autoimmune Disease. Annu Rev Med 2021 Jan 27;72:215-228. doi: 10.1146/annurev-med-070119-115617.

## Dyżur lekarza w kadrze filmowym



Tomasz Kot, kadr z filmu „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”

Za nami premiera krótkiego, trzyminutowego filmu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie pokazującego jeden dzień lekarza na dyżurze w szpitalu. W roli głównej wystąpił aktor Tomasz Kot.

Film w reżyserii Łukasza Palkowskiego pt. „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” pokazuje szpitalną rzeczywistość, w której ratowanie życia pacjentów przeplata się z godzinami

spędzonymi nad dokumentacją, walką z zawodnym sprzętem, przyjmowaniem pretensji, a nawet agresji osób oczekujących w kolejkach. Zwraca także – a może przede wszystkim – uwagę, że lekarz to też człowiek, który ma prawo do chwil wytchnienia, do własnego życia, do lepszego albo gorszego dnia. Jak podkreśla prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, film powstał, by zlikwidować barierę pomiędzy lekarzami a pacjentami, wpłynąć na ich wzajemne zrozumienie.

Film można obejrzeć na kanale YouTube OIL w Warszawie. ■

## Konsultacje w sprawie „Polskiego Ładu”

Beskidzka Izba Lekarska uruchamia dla swoich członków konsultacje telefoniczne mające ułatwić wybór formy opodatkowania działalności gospodarczej w zawodach medycznych w związku z wejściem w życie zmian podatkowych związanych z programem „Polski Ład”. Porad

udzielać będzie główny księgowy izby oraz biegły rewident Lucyna Świdarska. Możliwe są też konsultacje w trybie stacjonarnym. Szczegółowe informacje są na stronie internetowej beskidzkiej izby. Inne izby także podejmują działania mające pomóc lekarzom i stomatologom odnaleźć się

w nowej podatkowej rzeczywistości, która niebawem zacznie obowiązywać. Na przykład OIL w Łodzi zorganizowała webinar na swoim kanale na Facebooku, OIL w Szczecinie zamieściła krótki zestaw pytań i odpowiedzi na swojej stronie internetowej, część izb organizuje szkolenia. ■

## Wydawnictwo na stulecie

Dolnośląska Izba Lekarska już od kilku lat miała w planach otwarcie własnego wydawnictwa. Ten cel udało się osiągnąć w dobiegającym końcu roku 2021, na który przypada 100-lecie samorządu lekarskiego w Polsce. Z tej okazji ukazała się pierwsza publikacja Wydawnictwa DIL pt. „Samorząd z pasją”. Publikacja nietypowa, bo prezentująca przede wszystkim pozamedyczne aktywności dolnośląskich lekarzy. Wydano w sumie 1000 egzemplarzy. Opowieści o lekarzach – bohaterach tej książki – będzie można także przeczytać na łamach „Medium” (teksty prezentowane cyklicznie). ■



## Pomoc w organizacji konferencji

Młode lekarki dentystki zrzeszone w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku zorganizowały I Ogólnopolską Konferencję Matek Dentystek. Chciały stworzyć wydarzenie, w czasie którego będzie można dzielić się wiedzą, doświadczeniem i wspólnie zintegrować, a jedynym kosztem udziału będzie opłata za wyżywienie. Wsparcie otrzymały od OIL w Gdańsku, która została głównym sponsorem konferencji.

W wydarzeniu udział wzięło ponad 170 kobiet. Inicjatorką i koordynatorką przedsięwzięcia była Małgorzata Zardzewiała. Obszerna relacja z tego wydarzenia w listopadowym numerze „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego”. ■

# Lekarski Budżet Partycypacyjny

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zaprasza wszystkich swoich członków do zgłaszania projektów w ramach Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego – czytamy na stronie izby. W sumie jest do wykorzystania 200 tys. zł.

Jaki pomysł może zostać zgłoszony? Opcji jest wiele. Jako przykłady warszawska izba podaje szkolenia, konferencje czy np. zakup niezbędnego sprzętu. Ważne, żeby projekt był przydatny dla środowiska lekarskiego i uzyskał pisemne poparcie przez co najmniej pięciu lekarzy zrzeszonych w OIL w Warszawie, a jego realizacja musi nastąpić do końca 2022 r. Zgłoszenia projektów są przyjmowane do 31 stycznia. Członkowie warszawskiej izby będą mogli oddać głos online na wybrany projekt – głosowanie rozpocznie się w lutym i potrwa do 20 marca. ■

## W hołdzie pomordowanym lekarzom i pacjentom

9 listopada przed siedzibą Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu odbyło się uroczyste odsłonięcie tablicy upamiętniającej zamordowanych lekarzy i ich pacjentów w Zbrodni Pomorskiej z 1939 r. Inicjatorem upamiętnienia tragicznego losu mieszkańców Pomorza jest dr Lesław Welker. Tablica została zawieszona na ścianie budynku izby. Wedle szacunków lekarze i ich pacjenci to 10 proc. ofiar Zbrodni Pomorskiej. ■



Pod koniec listopada w Gnieźnie odbyło się spotkanie konsultacyjno-szkoleniowe na temat prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentyków. Do jego zorganizowania doszło dzięki współpracy Komisji Organizacyjnej Naczelnej Rady Lekarskiej i Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Jednym z głównych tematów rozmów były nadchodzące zmiany dotyczące prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentyków, w szczególności

wprowadzenia nowej formy dokumentu prawa wykonywania zawodu oraz wdrożenia nowej wersji programu obsługi rejestru lekarzy i lekarzy dentyków. Poruszono także temat zagadnienia cyfryzacji działalności samorządu lekarskiego w szerszej perspektywie.

W czasie spotkania dyskutowano też o najważniejszych problemach związanych z realizacją zadań w zakresie przyznawania uprawnień do

wykonywania zawodu lekarzom spoza UE, w trybie warunkowym i na określony zakres czynności, na podstawie decyzji Ministra Zdrowia.

Spotkanie, w którym uczestniczyło blisko 60 przedstawicieli z 20 izb lekarskich, poprowadzili przedstawiciele Komisji Organizacyjnej NRL: przewodniczący Łukasz Wojnowski oraz Zyta Kaźmierczak-Zagórska, a także członek Komisji Legislacyjnej NRL Ładysław Nekanda-Trepka. ■

## VII Andrzejki Stomatologiczne

Ponad 200 uczestników, 15 wystawców i 10 prelegentów to bilans siódmej już edycji Andrzejek Stomatologicznych. Po dwuletniej przerwie, wywołanej pandemią SARS-CoV-2, konferencja wróciła do kalendarza wydarzeń Śląskiej Izby Lekarskiej. Podczas tegorocznego spotkania poruszono zagadnienia m.in. z zakresu ortodoncji, protetyki, stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej. Dyskutowano również o profilaktyce. Dr Monika Tysiąc-Miśta opisała w swoim wykładzie postawy lekarzy dentyków w dobie pandemii. Dr hab. Jerzy Jaroszewicz także nawiązał do COVID-19, ale przede wszystkim mówił o chorobie widmo, czyli boreliozie. Spotkanie było dobrą okazją do wymiany poglądów, doświadczeń i integracji lekarzy dentyków. ■

### Poznaj swoją izbę

Beskidzka Izba Lekarska organizuje dzień otwarty w swojej nowej siedzibie dla lekarzy i lekarzy dentyków oraz ich rodzin. Spotkanie zaplanowano na 18 grudnia – w programie przewidziano m.in. zwiedzanie budynku przy ul. Bystrzańskiej 23 w Bielsku -Białej. Na uczestników będzie też czekał jarmark bożonarodzeniowy.

## Dyskusja o zmianach w prowadzeniu rejestru lekarzy

# Ciekawe liczby

Na razie nie wiadomo, czy Omikron stanie się dominującym wariantem koronawirusa w Europie, wypierając tym samym Deltę. Nie wiadomo i tego, czy kolejne warianty będą bardziej zjadliwe, czy może łagodniejsze. Z jaką sytuacją epidemiczną wejdziemy w kolejny rok?

**1,41%**

osób w pełni zaszczepionych w Polsce zostało zakażonych wirusem SARS-CoV-2 – poinformowało Ministerstwo Zdrowia na początku grudnia. Z kolei od momentu rozpoczęcia szczepień przeciw COVID-19 drugą dawką 13,5 proc. zakażeń stanowiły osoby w pełni zaszczepione.

**4**

miesiąc trwa protest medyków w białym miasteczku. Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia zdecydował się na pozostawienie miasteczka przed kancelarią premiera, mimo że pod koniec listopada z powodu zaostrzającej się pandemii medycy aktywność przenieśli do internetu.

**6,73%**

spośród wszystkich zgonów osób zakażonych koronawirusem w Polsce stanowiły osoby, które przyjęły szczepionkę (licząc po upływie 14 dni od pełnego zaszczepienia) – takie dane podało Ministerstwo Zdrowia na początku grudnia. Zgony nie były związane ze szczepieniem.

**12**

miesiąc trwa akcja szczepień przeciw COVID-19 w krajach UE, w tym w Polsce. Pierwsze dawki dotarły do nas 26 grudnia 2020 r., a już dzień później pierwsze szczepionki podano medykom w szpitalu MSWiA w Warszawie. Do końca listopada br. w pełni zaszczepionych było ponad 20,4 mln Polaków.

**100**

osób wyniesie limit klientów w lokalach zamkniętych w dniu 31 grudnia br. i 1 stycznia 2022 r. z wyłączeniem osób zaszczepionych przeciw COVID-19. Od 15 grudnia ponownie będą zamknięte dyskoteki, a w środkach transportu zbiorowego zacznie obowiązywać limit do 75 proc.

**603**

punkty pobrań wymazów na obecność wirusa SARS-CoV-2 działały na początku grudnia. Tylko w ciągu ostatniego miesiąca w kraju uruchomiono ponad 100 nowych lokalizacji. Pracę stacjonarnych punktów uzupełniają 146 karetek wymazowych, z których mogą skorzystać m.in. pacjenci niesamodzielni.

**2722 zł**

wyniosły wydatki publiczne na powstrzymanie i walkę ze skutkami pandemii COVID-19 w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski (według FOR). Największe kategorie wydatków publicznych to: emerytury i renty (7830 zł razem z „13-tkami”), ochrona zdrowia (3024 zł), edukacja i nauka (2991 zł).

**5000 zł**

brutto – od 1 grudnia na dodatek w tej wysokości może liczyć personel niemedyczny w związku ze zwalczaniem epidemii (po spełnieniu kryteriów zawartych w poleceniu ministra zdrowia wydanym prezesowi NFZ). Zasady przyznawania i wypłacania dodatków covidowych dla medyków się nie zmieniły.

**40 mld zł**

mają wynieść całkowite nakłady na ochronę zdrowia w ramach Funduszu Medycznego do 2029 r. Jego część stanowi Subfundusz Infrastruktury Strategicznej, w ramach którego od 3 stycznia 2022 r. szpitale pediatryczne mogą ubiegać się o środki na budowę, rozbudowę, modernizację i doposażenie.



## ANALIZA

## 2022



Zmiana jest częścią naszej codzienności, mimo że nie rozmyślamy o tym każdego poranka. Jednocześnie ciekawi nas bliższa i dalsza przyszłość, bo to w niej spędzimy resztę życia. Koniec roku skłania do pytania: co dalej?

**Mariusz Tomczak**  
dziennikarz

**W** 2022 r. lekarze powinni przygotować się na podwójną niepewność – zarówno w wymiarze osobistym, jak i zawodowym. Skoro w tym roku byli zaskakiwani przez zmienną pandemiczną rzeczywistość, nieoczekiwane decyzje rządu i ministra zdrowia, nowe przepisy uchwalane przez parlament, nie wspominając o zarządzeniach prezesa NFZ, dlaczego w ciągu kolejnych 12 miesięcy miałyby być inaczej? Tym bardziej, że koronawirus nie odszedł w zapomnienie, a władze się nie zmieniły.

Od dłuższego czasu wśród części środowiska lekarskiego pojawiają się opinie, że rząd dąży do ograniczenia roli publicznej ochrony zdrowia, a nawet jej zniszczenia, a pogłębiając się zapaść pudruje, tak by społeczeństwo nie dostrzegło, co naprawdę się dzieje. To bardzo mocne oskarżenia, za którymi stoi krytyczna ocena wielu decyzji podejmowanych przez obóz władzy. I nawet jeśli są wyolbrzymione, to znamienne, że pojawiają się wśród grupy zawodowej niezwykle ważnej dla sprawnego działania całego państwa. Na to, że „publiczna ochrona zdrowia kona”, jak głosi jedno z hasł Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia, który w połowie września zainicjował protest w białym miasteczku i wciąż nie zamierza go zakończyć, zwracają uwagę nie tylko medycy.

#### KTO WYKSZTAŁCI, A KTO WYLECZY?

Co do tego, że w publicznym lecnictwie wiele wymaga poprawy, panuje powszechna zgoda. Spory zaczynają się wtedy, gdy dochodzi do dyskusji o sposobach radzenia sobie z kryzysem, a ten nie omija m.in. ratownictwa medycznego, gdzie pojawiały się pomysły czasowego zastępowania zawodowych ratowników strażakami i żołnierzami. Czy w przyszłym roku będziemy świadkami kolejnych niestandardowych pomysłów spowodowanych brakiem obsady karetek?

W ostatnich miesiącach wśród najbardziej kontrowersyjnych pomysłów na poprawę sytuacji kadrowej było m.in. wprowadzenie kolejnych ułatwień do podejmowania pracy przez lekarzy cudzoziemców spoza Unii Europejskiej, otwarcie furtki uczelniom zawodowym, by uruchomiły kształcenie na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, oraz zamiar likwidacji stażu podyplomowego. Jakie pomysły rządu i resortu zdrowia rozeźlą środowisko lekarskie w przyszłości?

#### MIERNIKI + WSKAŹNIKI = WIĘCEJ KONTROLI?

Szukając odpowiedzi na pytanie, co czeka lekarzy, warto sięgnąć do projektu dokumentu „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”. Po przyjęciu przez rząd ma on stanowić punkt odniesienia dla publicznych instytucji przy podejmowaniu kluczowych działań. Zarysowano w nim kierunki, w których ma podążać opieka zdrowotna w Polsce. Niestety wiele kwestii kompletnie pominięto, np. stomatologię, co dla wielu lekarzy dentystów jest kolejnym argumentem, że państwo abdykowało na polu walki o zdrowie jamy ustnej obywateli.

Tym, co mocno wybrzmiewa w „Zdrowej przyszłości”, jest m.in. rosnący nacisk na płacenie za jakość i osiągnięte efekty oraz wprowadzanie rozwiązań umożliwiających porównywanie ze sobą szpitali na wzór zasady „po owocach ich poznać”. Od długiego czasu toczy się ożywiona dyskusja, jak i czy w ogóle da się „mierzyć” skutki działalności leczniczej oraz w jaki sposób NFZ powinien gratyfikować placówkę za „dobre wyniki”, której personel „najbardziej skutecznie” pomaga pacjentowi i trzyma w ryzach koszty.

#### NAJPIERW ONKOLOGIA, POTEM KARDIOLOGIA?

W nadchodzącym roku, gdy do łaski marszałkowskiej trafi kilka projektów ustaw, w których przewidziano tego typu rozwiązania, spór wybuchnie na nowo. Przekonamy się wówczas m.in. w oparciu o jakie mierniki i wskaźniki będzie dokonywana ocena przebiegu leczenia i jego efektów

**Lekarze powinni przygotować się na podwójną niepewność.**



Jakie pomysły rządu roześlą środowisko lekarskie w przyszłości?

w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną może stanowić zapowiedź tego, co z czasem rozleje się na inne dziedziny medycyny. Wiele wskazuje na to, że kolejnym krokiem będzie powstanie Krajowej Sieci Kardiologicznej. Nie nastąpi to w 2022 r., choć w nadchodzących miesiącach koncepcja będzie szlifowana w zaciszu gabinetów. Za to już wkrótce do parlamentu ma trafić projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który budzi wiele obaw wśród szpitalników. Po skierowaniu go do konsultacji publicznych wpłynęło mnóstwo uwag, a uwzględniono tyle, co kot napłakał. Z punktu widzenia resortu zdrowia da się dostrzec pewną logikę, bo gdyby chciano znaczną część zaakceptować, ustawę trzeba by de facto napisać na nowo i z założeniami zupełnie innymi od tych, na których zależy decydemtom.

### **POTRÓJNA ROLA NFZ? CO Z NO-FAULT?**

Wielkie emocje wzbudza nie tylko to, że w zakresie udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych szpitale mają przejść obowiązkową autoryzację, której szczegółowe kryteria są na razie nieznane (ma je dopiero określić ministerialne rozporządzenie). Dyskusyjne jest powierzenie NFZ roli płatnika, autoryzacji i akredytacji, czego konsekwencją byłaby likwidacja Centrum Monitorowania Jakości, a przede wszystkim wzmocnienie roli funduszu. Czy to nie kolejny przejaw „centralizowania” zarządzania ochroną zdrowia? W projekcie przewidziano częściowe urzeczywistnienie idei no-fault. Nie spowoduje to wyłączenia odpowiedzialności karnej, cywilnej i dyscyplinarnej za nieumyślne błędy medyczne. Nadzieje na wprowadzenie w życie takich przepisów były ogromne po obietnicy ze strony ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, która tuż po jego wejściu do rządu padła w siedzibie NIL. To było kilkanaście miesięcy temu, a rzeczywistość każe lekarzom zastanawiać się, czy w nieodległej przyszłości nie dojdzie raczej do zaostrzenia odpowiedzialności prawnej za niepowodzenia w trakcie prowadzenia procesu leczniczego. Zmiana kodeksu karnego wisi nad lekarzami niczym miecz Damoklesa.

### **CO Z SIECIĄ SZPITALI I OPIEKĄ PODSTAWOWĄ?**

W przyszłym roku ma się odbyć kwalifikacja do sieci szpitali, opóźniona z powodu pandemii. Resort od dawna zapowiada zmianę reguł gry we wprowadzonej w 2017 r. sieci szpitali (system PSZ), m.in. w zakresie finansowania. Niewykluczone, że nowa rola przypadnie szpitalom klinicznym mającym na razie w bliżej nieokreślony sposób koordynować pracę placówek w regionie. Zdaniem ministra Adama Niedzielskiego dzięki temu zniknie niezdrowa konkurencja. Przeciwnicy ostrzegają, że kliniki przejmą najlepiej wyceniane procedury, pozostawiając szpitalom powiatowym wykonywanie najmniej opłacalnych zabiegów. W martwym punkcie utknęła dyskusja o Krajowym Planie Odbudowy i Rozwoju, który w części zdrowotnej może być wsparciem finansowym dla niektórych placówek. Im dłużej będą trwały trywializowane w niektórych mediach przepychanki z Brukselą, tym później środki trafią do Polski. Nie będą jednak darmową manną z nieba, lecz – o czym warto przypomnieć – skutkiem zadłużenia na kilka dekad. Od kilku tygodni pacjenci poradni POZ mają prawo do opieki koordynowanej. Na razie istnieje raczej na papierze, bo NFZ dołożył placówkom nowe obowiązki, „zapominając” o przekazaniu wystarczających środków na ich realizację. Może pojawią się w styczniu, gdy koordynatorom przybędzie więcej kompetencji? A może dopiero wtedy, gdy dojdą do nich kolejne?

### **NOWE SPOSOBY NA KRYZYS KADROWY?**

Gdy opadła trzecia fala pandemii, chyba nie było tygodnia, aby nie pojawiły się informacje o zamykaniu, zawieszaniu lub ograniczaniu działalności kolejnych oddziałów szpitalnych. W czasie czwartej fali odbija się to czkawką. Obecnie Polska zmagą się z szybkim wzrostem liczby zakażeń i hospitalizacji, a w niejednym szpitalu sytuacja wygląda dramatycznie. Napór ze strony pacjentów covidowych w końcu opadnie, jednak to nierealne, by w przyszłym roku jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki zniknęły problemy z dopinaniem grafików. W niektórych społecznościach lokalnych od dawna są na tym tle poważne kłopoty przekształcające się w wyzwania o skali regionalnej. Analiza tabelki w Excelu usypia czujność decydentów i, jak się wydaje, skłania ich do lekceważenia krzyku rozpaczającego ze strony środowiska lekarskiego.

## CAŁODOBOWE AMBULATORIA ODCIĄŻĄ SOR-Y?

Z jednej strony w poczekalniach, szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć kłębi się coraz więcej pacjentów z poważnymi niecoronawirusowymi dolegliwościami, którzy zanim otrzymają pomoc, muszą pokonać nawet kilkadziesiąt kilometrów, a z drugiej – liczba lekarzy i pielęgniarek w systemie pozostaje na względnie stałym poziomie. Co więcej, w niektórych placówkach kadra się zmniejszyła. Nie wszyscy lekarze chcą brać tyle dyżurów, co wcześniej, bo są przepracowani, a niektórzy przestają się zgadzać na dotychczasowe stawki. Czy w nowym roku pojawią się nowe sposoby na rozwiązanie tych bolączek? Na razie jest zapowiedź rozpoczęcia pilotażu w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w pierwszej połowie 2022 r., która docelowo ma składać się z trzech etapów: wstępnej diagnostyki i e-rejestracji, sieci powiatowych ambulatoriów czynnych całą dobę oraz interwencji karetki ratownictwa medycznego i transportu do SOR. Czy w NŚOZ będą też udzielane teleporady?

## SONDAŻE CZY LEKARZE? GEN SPRZECIWU?

Rok 2022 będzie kolejnym z COVID-19 – chorobą, która pojawiła się niespodziewanie i, jak przepowiadali niektórzy, miała zniknąć w ciągu maksymalnie kilkunastu miesięcy. Co aktualnie dzieje się w Polsce, każdy widzi. Czy pobijemy kolejne smutne rekordy w liczbie nadmiarowych zgonów? Ilu lekarzy jeszcze odejdzie na wieczny dyżur przyspieszony przegraną z COVID-19? Rząd stawia czoła zarzutom, że nie ma żadnej strategii przeciwdziałania pandemii, a walkę wyznaczają nie lekarze, lecz sondaże. Wprawdzie rośnie administracyjna presja na osoby odmawiające zaszczepienia się, ale od kilku miesięcy rząd komunikuje, że nie chce zmieniać polityki na bardziej represyjną. Część lekarzy zdumiała niedawne słowa ministra Adama Niedzielskiego, że „restrykcje są mało skutecznym środkiem ograniczenia wzrostu pandemii” czy wiceministra zdrowia Waldemara Kraski, że powodem do ich niewprowadzania jest tkwiący w Polakach „gen sprzeciwu”.

## DOKĄD DOPROWADZI SPÓR O RESTRYKCJE?

W parlamencie zmanifestował się głęboki podział na zwolenników i przeciwników wprowadzenia drakońskich obostrzeń wobec osób niezaszczepionych wzorem części państw Europy Zachodniej. Niewykluczone, że w najbliższym czasie dojdzie na tym tle do pewnych rozstrzygnięć w związku z zapowiadany od dłuższego czasu projektem ustawy umożliwiającej weryfikację szczepień pracowników przez pracodawcę. Ostatnie wypowiedzi premiera Mateusza Morawieckiego i innych polityków obozu władzy, wskazujące na potrzebę uchwalenia ustawy „ponad partyjnymi podziałami”, można uznać za próbę podzielenia się odpowiedzialnością za niezadowolenie, jakie spadnie na polityków ze strony części społeczeństwa. Tym, którzy zarzucają rządowi niemoc, warto przypomnieć, że po pojawieniu się koronawirusa niektórymi decyzjami zaskakiwał największych zwolenników „twardej” walki z COVID-19: zakazem wstępu do lasów i parków, wlepianiem na ulicy mandatów małżonkom za brak „dystansu społecznego”, nie wspominając o nakazach pracy dla medyków samotnie wychowujących małe dzieci. Czy sytuacja epidemiczna wymusi powrót do osławionej „strategii młota i tańca”?

## Inflacja skonsumuje podwyżki?

Na 7,7 proc. GUS oszacował inflację w listopadzie r/r (pełne dane zostaną podane w połowie grudnia). To najwięcej od ponad 20 lat. Nie wiadomo, czy w przyszłym roku ceny towarów i usług w dalszym ciągu będą pięły się w górę w podobnym tempie, ale jest pewne, że już teraz niekorzystnie odbija się to na sile nabywczej lekarskich portfeli. Dyrektorzy placówek medycznych stają przed dylematem, czy robić zapasy po obecnych cenach i gdzie znaleźć pieniądze na opłacenie skokowo rosnących rachunków za energię elektryczną i ogrzewanie. Być może rosnąca od kilku miesięcy inflacja przyczyniła się do tego, że od 1 lipca 2022 r. współczynnik pracy dla lekarzy specjalistów ma wzrosnąć z 1,31 do 1,45 (bez rozróżnienia na „jedynkowiczów” i „dwójkowiczów”), dla lekarzy bez specjalizacji – do 1,19 (z 1,06), a dla stażystów – do 0,95 (z 0,81). Jeśli spełnią się obietnice ministra zdrowia, dyskusja o „bajonierskich” zarobkach lekarzy częściej zagości nie tylko w tabloidach.

## KTO STRACI NA POLSKIM ŁADZIE? ILE?

Wraz z nadejściem nowego roku wielu lekarzy stanie w obliczu fiskalnego drenażu kieszeni zapowiedzianego ponad pół roku temu w Polskim Ładzie. Zmiany podatkowe pociągną za sobą wzrost opodatkowania, co oznacza, że część medyków mimowolnie pomoże w redystrybucji bogactwa narodowego do osób o niższych zarobkach. Dla zatrudnionych na kontrakcie nadchodzące tygodnie będą okresem intensywnych kontaktów ze specami od obliczania podatków. Już dzień po tym, gdy prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę podatkową, konieczna była jej nowelizacja, bo wykryto luki umożliwiające niektórym zwolnienie ze składki zdrowotnej. W jakim stopniu zmiany podatkowe połączone z podwyższoną inflacją zwiększą presję płacową? Czy część placówek nie popadnie z tego powodu w większe długi? Wraz z końcem bieżącego roku stawianie tych pytań wydaje się dużo bardziej uzasadnione niż rok czy dwa lata temu.

## JAK SIĘ POTOCZY SYTUACJA NA GRANICY?

Polityka zdrowotna jest częścią polityki państwa, którego struktury stanowią system naczyń połączonych. Dalszy rozwój wypadków na granicy polsko-białoruskiej może mieć dużo więcej wspólnego z sytuacją w ochronie zdrowia niż to się z pozoru wydaje, o ile rządzący Białorusią od 1994 r. prezydent Aleksander Łukaszenka nie zrezygnuje z podsycania napięcia. Spór na granicy może trwać długi czas. Jeśli w najbliższych tygodniach przygaśnie, w przyszłym roku może wybuchnąć na nowo i to ze zdwojoną siłą. Im bardziej iskrzy, tym częściej na politycznych salonach i w mediach podnoszone są kwestie związane z polityką międzynarodową, bezpieczeństwem państwa czy pomocą humanitarną. Ochrona zdrowia idzie wtedy w odstawkę. Czy w 2022 r. udzielanie pomocy medycznej migrantom i kamienie leżące w stronę polskich funkcjonariuszy broniących granicy bardziej przykują uwagę od losu pacjentów i problemów lekarzy? ■

# Na przełomie roku

**Braki kadrowe i wzrost liczby pacjentów wymagających opieki z powodu COVID-19 w ostatnich tygodniach mocno dawały się we znaki w wielu placówkach medycznych. Czy kolejne tygodnie także upłyną w cieniu pandemii? Co jeszcze czeka lekarzy?**

GazetaLekarska.pl 



**Krzysztof Bukiel**  
przewodniczący Zarządu  
Głównego Ogólnopolskiego  
Związku Zawodowego Lekarzy,  
specjalista chorób wewnętrznych  
i medycyny rodzinnej

**W kolejnych miesiącach Ministerstwo Zdrowia może zaskoczyć niejednym pomysłem, ale nie chcę niczego podpowiadać rządowi, bo jeszcze będzie gotowy wprowadzić to w życie. Odnoszę wrażenie, że minister Adam Niedzielski postawił sobie za cel upokorzenie lekarzy lub walkę z nimi. Nie potrafię zrozumieć tego, że z jednej strony minister mówi, że chce naprawiać system ochrony zdrowia, a jednocześnie idzie na wojnę z lekarzami. To niepojęte.** Odejścia lekarzy z publicznych szpitali i związane z tym zamykanie kolejnych oddziałów stanowi w pewnym sensie problem lokalny, bo dotyczy konkretnej placówki, ale z powodu dużej liczby takich przypadków w coraz

większym stopniu staje się problemem ogólnokrajowym. O jego powszechności może świadczyć fakt, że w 2018 r., po wejściu w życie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia, podwyżki otrzymało ok. 20 proc. lekarzy. Jeśli w szpitalu lekarz zatrudniony na umowę

## Centralne planowanie i centralny nadzór nie działają.

o pracę dostaje najniższą pensję w wysokości 6769 zł brutto, a jego kolega na kontrakcie zarabia 15 tys. zł, to coraz więcej osób zastanawia się, czy warto dalej utrzymywać tę formę zatrudnienia i ten poziom wynagrodzenia. Myślę, że w przyszłym roku niezadowolony z powodów placowych nie zniknie w środowisku lekarskim. Porzuciłem myśl, że system ochrony zdrowia w Polsce zostanie naprawiony. Trzydzieści czy dwadzieścia lat temu jako związek

zawodowy ciągle mówiliśmy o konieczności reformy. Obecnie ten temat podnosimy rządziej, bo ze strony rządzących nie ma chęci do dialogu. Póki minister Adam Niedzielski będzie symbolem kierunku zmian w ochronie zdrowia, to nie widzę powodów do optymizmu. Nie spodziewam się poprawy sytuacji w kolejnym roku, bo rząd nie ma dobrego pomysłu na naprawę systemu. Rządzący chcą robić to w sposób administracyjny, odgórny, etatystyczny. Wydaje mi się, że obecne pomysły na reformę w pewnym uproszczeniu sprowadzają się do tego, że minister zdrowia czy ktoś z jego otoczenia miałby jeździć od szpitala do szpitala, żeby nadzorować i coś poprawiać. To się nie może udać. Centralne planowanie i centralny nadzór nie działają w żadnym kraju i w żadnej dziedzinie gospodarki, nie może się więc to sprawdzić także w ochronie zdrowia w Polsce. Za nami zresztą prawie pięćdziesiąt lat doświadczenia gospodarki PRL-owskiej. Skoro takie zarządzanie nie przyniosło pozytywnych efektów przez tyle czasu, dlaczego teraz miałoby być inaczej? ■



**Łukasz Klasa**  
lekarz specjalista  
neurochirurg  
z Uniwersyteckiego  
Szpitala Dziecięcego  
w Krakowie-Prokocimiu

**Do końca listopada wypowiedzenia z pracy złożyło ponad 70 lekarzy specjalistów, a kolejnych 30 wręczyło je na ręce przewodniczącej związku zawodowego. To oznacza, że nad Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym zawisła groźba odejścia około jednej trzeciej wszystkich pracujących tam lekarzy. Pierwszy powód, który skłonił nas do podjęcia tego kroku, to fatalna organizacja pracy uniemożliwiająca wykonywanie codziennych obowiązków.** Mam na myśli m.in. problemy z systemem komputerowym, kłopoty z opracowywaniem badań czy ciągłe dziury w grafikach

spowodowane brakami kadrowymi. Drugi powód to kwestie placowe, co wynika z rosnącego popytu na lekarzy pediatrów w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i opieki ambulatoryjnej specjalistycznej, gdzie zarobki dochodzą do trzech średnich krajowych, podczas gdy lekarze w ośrodku III stopnia referencyjności, takim jak nasz,

## Nad szpitalem zawisła groźba odejścia około 1/3 lekarzy.

zarabiają 42 zł brutto za godzinę pracy. Trzecią przyczynę stanowi fatalnie finansowane ośrodki specjalistycznych. Od trzech lat staraliśmy się zwrócić uwagę polityków, że placówki takie jak nasza wpadają w spiralę zadłużenia. To powoduje, że nie ma pieniędzy na sciążenie nowych pracowników, a zakup dodatkowego sprzętu staje się

niemożliwy. Już w 2018 r. przedstawialiśmy tę sytuację w czasie spotkania z ministrem Łukaszem Szumowskim, ostrzegając, do czego może doprowadzić brak realnych działań. Niestety ten czarny scenariusz rozpoczął się kilka tygodni temu. Z jednej strony jest to problem lokalny, ale warto pamiętać, że jesteśmy placówką obejmującą zasięgiem znaczną część Małopolski oraz część woj. podkarpackiego i świętokrzyskiego. Nasz protest jest ściśle powiązany z sytuacją w całej ochronie zdrowia w Polsce. Powołując do życia w 2018 r. Porozumienie Uniwersyteckich Szpitali Dziecięcych zauważyliśmy, że problemy dotyczące nasze placówki są jednolite. Wypowiedzeń złożonych przez lekarzy nie należy traktować wyłącznie jako konfliktu z dyrekcją placówki, ale przede wszystkim jako bunt przeciw niewłaściwej organizacji ochrony zdrowia w Polsce i złej dystrybucji środków, w tym wycenom świadczeń nieopierającym się o realia. ■



**dr Paweł Czekalski**  
prezes ORL w Łodzi,  
specjalista chirurgii ogólnej  
Uniwersyteckiego Szpitala  
Klinicznego im. Barlickiego  
w Łodzi

**Lekarze są bardzo zmęczeni i coraz bardziej sfrustrowani. Pracujemy na wysokich obrotach w coraz trudniejszych warunkach. Z powodu pandemii są duże ograniczenia, jeśli chodzi o możliwość leczenia pacjentów, a ponadto do szpitali trafiają osoby, które nie zgłosiły się w porę z powodu chorób nowotworowych, zawałów mięśnia sercowego czy udarów.**  
Już kilkanaście miesięcy temu epidemia unaoczniała wielkie

niedobory w ochronie zdrowia w zakresie sprzętu i łóżek, ale przede wszystkim braku kadr medycznych. Jest to mocno widoczne także teraz. Aby rozwiązać ten problem, żadni asystenci, jak chciałoby Ministerstwo Zdrowia, nie pomogą,

## Epidemia unaoczniała brak kadr medycznych.

bo po prostu jest za mało lekarzy specjalistów. Praktycznie każdy pacjent COVID+ wymagający specjalistycznej opieki musi być przyjęty do szpitala i muszą być stworzone dla niego warunki do hospitalizacji. Rzeczywistość jest jednak taka, że z uwagi na niedobory kadrowe i szybki wzrost liczby

zakażeń koronawirusem, na III poziomie zabezpieczenia covidowego nie ma odpowiedniego zaplecza w zakresie specjalistki, a wzrost liczby pacjentów covidowych pociąga za sobą ograniczenie dostępności miejsc dla pozostałych chorych. Duży problem pojawia się wtedy, gdy pacjent „dodatni” infekuje oddział albo okazuje się, że na innym oddziale jest zakażony ktoś, kto wcześniej nie wykazywał żadnych objawów choroby COVID-19. W przypadku oddziałów zabiegowych wiąże się to z koniecznością przeprowadzenia dekontaminacji sali operacyjnej, co w praktyce oznacza, że przez pewien czas nie przeprowadza się tam zabiegów. Ten sam problem występuje z aparatami tomograficznymi czy po wykonaniu rezonansu magnetycznego, bo po zbadaniu pacjenta COVID+ sprzęt musi zostać zdezkontaminowany. ■



**dr Magda Wiśniewska**  
kierownik szpitala tymczasowego  
w Szczecinie, przewodnicząca  
Konwentu Prezesów Okręgowych  
Rad Lekarskich

**Mimo że o koronawirusie mówi się od dawna, w dalszym ciągu zdarzają się osoby, do których nie docierają żadne argumenty. Najbardziej boli, gdy na oddział covidowy trafia pacjent będący zadeklarowanym „antyszczepionkowcem”, negujący istnienie pandemii, a leżąc z innymi pacjentami z ciężkim zapaleniem płuc w dalszym ciągu podważa terapię i nazywa nas złoczyńcami, zbrodniarzami**

**czy eksperymentatorami, w czym utwierdza go jeszcze bardziej antyszczepionkowa rodzina.**

Potem trafia na oddział respiratorowy i umiera. W takich sytuacjach lekarz czuje się bezsilny. Na szczęście większość pacjentów niewierzących w działanie szczepionki

## Chorzy są znacznie młodszy niż podczas drugiej fali.

przeciwko COVID-19 czy istnienie pandemii momentalnie zmienia zdanie, gdy tylko trafi do szpitala lub oddziału covidowego. Szybko zaczynają deklarować, że gdy tylko będą mogli, to się zaszczepią, a wszystkich członków

rodziny, którzy tego jeszcze nie zrobili, zaczną do tego namawiać, a wręcz zmuszać. W czasie czwartej fali w dużym stopniu mamy powtórkę tego, do czego doszło w trakcie trzeciej i drugiej. W części szpitali trzeba było ograniczyć przyjęcia planowe, a w niektórych doszło do całkowitego ich wstrzymania. Znowu zamieniono oddziały specjalistyczne, np. chirurgiczne czy ortopedyczne, w covidowe, co znacząco ogranicza dostęp do opieki zdrowotnej pacjentom niecovidowym. Chorzy są znacznie młodszy niż podczas drugiej czy trzeciej fali, trafiają do szpitala za późno i z dużo cięższym przebiegiem COVID-19 niż dotychczas. Zdecydowana większość z nich jest niezaszczepiona, przechodzą tę chorobę ciężiej i akurata pod tym względem widać zdecydowaną różnicę z poprzednimi falami. ■



**Mateusz Szulca**  
lekarz, przewodniczący  
Porozumienia Rezydentów

**Jeszcze niedawno obowiązywało hasło „wszystkie ręce na pokład”, bo mieliśmy skoncentrować się głównie na pandemii i walce z COVID-19. Tymczasem w ostatnich tygodniach zostaliśmy zaskoczeni przepisami dotyczącymi „zawodówek” dla lekarzy i zamiarem likwidacji stażu podyplomowego.**  
Mimo że Ministerstwo Zdrowia jest konsekwentne

przy wprowadzaniu swoich pomysłów w życie i to nawet jeśli gremialnie sprzeciwia się temu środowisko medyczne, to mam nadzieję, że w nowym roku, zanim dojdzie do wprowadzenia jakichkolwiek zmian

## Zostaliśmy zaskoczeni zamiarem likwidacji stażu podyplomowego.

w zakresie stażu podyplomowego, zostaną wysłuchane nasze sugestie i wzięte pod uwagę obawy osób, których ta sprawa bezpośrednio dotyczy. W ostatnim czasie Porozumienie Rezydentów przeprowadziło wiele ankiet wśród studentów, którzy nie czują, by likwidacja

stażu stanowiła dobre rozwiązanie. Gdybyśmy rozpoczęli dialog, można by wypracować dobre rozwiązania. Wśród spraw, w których przynajmniej teoretycznie można byłoby w najbliższym czasie znaleźć wspólny język z Ministerstwem Zdrowia, jest m.in. wprowadzenie w życie systemu no-fault, choć występują tu sprzeczności co do interpretacji prawnych. Kością niezgody m.in. jest postulat dotyczący rezygnacji z postępowania cywilnego, na co nie chce przystać rząd, bo jak twierdzi, jest to niezgodne z konstytucją. W krajach Europy Zachodniej, jeśli nie wykazano umyślnego działania na szkodę pacjenta, postępowanie cywilno-karne zastępuje no-fault, dzięki czemu w razie wystąpienia zdarzenia niepożądanego każda ze stron wychodzi zwycięsko. ■

# Nie traćmy już czasu

Dobra organizacja nie oznacza trzymania wszystkiego silną ręką.

Andrzej Matyja prezes NRL

**12** proc. lekarzy i lekarzy dentyistów nosi się z zamiarem odejścia z miejsca pracy, tyle samo rozważa wyjazd za granicę, 8 proc. myśli o rezygnacji z zawodu, a 34 proc. o ograniczeniu aktywności zawodowej\*. W świetle obecnej bardzo trudnej sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia takie dane są kolejnym sygnałem ostrzegawczym i wezwaniem do szybkich i przemyślanych działań. Mogą one powstać tylko po partnerskim dialogu z reprezentatywnymi przedstawicielami środowiska lekarskiego.

Znalezienie konsensu jest w interesie pacjentów i medyków, o czym pisałem w artykule „Nie można tak lekceważyć lekarzy” w „Rzeczpospolitej” z 28 września.

## INWESTYCJA, A NIE KOSZT

W czasie pandemii przekonaliśmy się, że gdy system zawiódł, gdy nie było odpowiedniego sprzętu, zabezpieczeń, procedur i wytycznych, medycy mogli liczyć tylko na siebie i stanęli na wysokości zadania. Polskie doświadczenia potwierdzają się w międzynarodowych badaniach. Nic więc dziwnego, że we wnioskach wynikających z projektu badawczego prowadzonego przez The World Economic Forum i London School of Economics na temat zrównoważonego i odpornego systemu ochrony zdrowia na czołowym miejscu znalazło się stwierdzenie, że warunkiem wstępnym stworzenia silnego i odpornego systemu ochrony zdrowia jest inwestowanie w kadry medyczne.

W krajach OECD „popandemiczne” dodatkowe inwestycje w ochronę zdrowia ocenia się na między 0,5 a 3,4 proc. PKB (średnio na poziomie 1,5 proc. GDP). Celem jest lepsza ochrona

społeczeństwa i gospodarki przed skutkami spodziewanych kolejnych pandemii i minimalizowanie ryzyka, przy czym szacuje się, że inwestycja 1 USD w poprawę zdrowia przynosi korzyść ekonomiczną na poziomie 2-4 USD.

A więc zdrowie to nie koszt, lecz inwestycja. To stwierdzenie wydaje się oczywiste, ale gdy przyjrzeć się polityce kolejnych ekip rządowych, można odnieść wrażenie, że zwolenników raczej nie miało i nie ma, a jeśli, to bardziej w sferze deklaracji.

## KADRY A SYSTEM

Dużo już o koniecznych zmianach w ochronie zdrowia powiedziano i napisano. Za nami setki godzin seminariów, konferencji i debat. Wiele wniosków i recept powtarza się, a odczuwalnych zmian nie doświadczają ani pacjenci, ani medycy.

Warto więc może umówić się co do kilku punktów.

**1.** Ochrona zdrowia to specyficzna dziedzina usług profesjonalnych, usług świadczonych indywidualnie. Zasadnicze znaczenie dla niej ma więc personel, czyli „usługodawcy” – ich liczba oraz kompetencje. W tej dziedzinie nie można po prostu zwiększyć wydajności pracy, a możliwości automatyzacji, w przeciwieństwie do sfery produkcji, są ograniczone.

**2.** Procesy diagnostyczno-terapeutyczne to nie tylko seria czynności medycznych, ale także bardzo ważny kontakt z pacjentem, wsparcie emocjonalne, dobre poinformowanie o stanie zdrowia, przekazanie wiedzy o sposobie postępowania. Ta część działań znacząco wpływa na ocenę systemu ochrony zdrowia przez pacjentów.

**3.** Liczba personelu nie przekłada się automatycznie na jakość systemu ochrony zdrowia, ale jego wysoka

ocena jest częstsza w krajach, w których personelu, szczególnie personelu średniego, jest więcej.

**4.** By system ochrony zdrowia dobrze działał, poza odpowiednią liczbą personelu potrzeba dobrej organizacji. Przy czym dobra organizacja nie oznacza „ręcznego sterowania” i „trzymania wszystkiego silną ręką”. Dobra organizacja oznacza, że uczestnicy systemu (podmioty, osoby) znają swoje role i angażują się w pełni w ich realizację. To również dobra współpraca wszystkich zawodów medycznych jako gwarancja jakości świadczeń.

**5.** Wobec trudności zwiększania wydajności pracy, bardzo ważne jest odpowiednie przypisanie zadań i ról. Dlatego niezwykle pilne i ważne jest wprowadzanie rozwiązań odciążających personel medyczny od zadań, które mogą wykonywać osoby o mniej specjalistycznych kwalifikacjach. Najważniejszym obszarem jest tworzenie dokumentacji (niezbędnej z powodów medycznych i prawnych), ale dotyczy to także czynności związanych z zaspokajaniem emocjonalnych potrzeb pacjenta (rozmowy, edukacja, informowanie), zarządzania i organizacji pracy.

**6.** Pracownicy ochrony zdrowia należą do kategorii tzw. pracowników wiedzy. Osoby takie muszą aktywnie wykorzystywać swoją profesjonalną wiedzę i aplikować ją do okoliczności, a przede wszystkim indywidualnych pacjentów. Tacy pracownicy muszą być odpowiednio zmotywowani, posiadać wysoki poziom etyki zawodowej i etos pracy. Frustracja, spadek motywacji, upadek morale, bardzo silnie odbijają się na jakości pracy „pracowników wiedzy”.

**7.** Profesjonaliści medyczni jako „pracownicy wiedzy” powinni być dobrze i sprawiedliwie wynagradzani. Ich

ścieżka zawodowa powinna być przewidywalna i zależeć od zaangażowania oraz zdolności. Atmosfera pracy, samodzielność decyzji, możliwość uzyskania rozpoznawalności w środowisku i w oczach pacjentów to przykłady elementów, które motywują tę grupę pracowników i są niezbędne (obok wynagrodzeń) do właściwego wykorzystania ich potencjału.

**8.** Dla „pracowników wiedzy” ogromnym zagrożeniem jest wypalenie zawodowe. Należy za wszelką cenę zapobiegać mu, bo bardzo często dotyczy to osób wyjątkowo zaangażowanych w swoją pracę, w szczytach ich możliwości zawodowych, a skutkuje utratą tych osób z rynku pracy lub pracą poniżej możliwości i kompetencji.

**9.** Medycyna musi być oparta na dowodach naukowych, a nie na strachu przed prokuratorem, dlatego konieczne jest cofnięcie zmian w kodeksie karnym wymierzonych przeciwko lekarzom (art. 37a k.k. z 2020 r. i 155 k.k. z 2019 r.), a także wprowadzenie rozwiązań odpowiadających idei no fault w sposób rzeczowy, a nie pozorowany.

**10.** Organy państwa powinny szybko i stanowczo reagować na wszelkie przejawy agresji wobec medyków, a także skutecznie zapobiegać szerzeniu dezinformacji zagrażającej zdrowiu publicznemu i podważającej zaufanie do medycyny opartej na dowodach (zwłaszcza dotyczy to pandemii i szczepień).

**11.** Konieczne jest pilne wprowadzenie w edukacji szkolnej regularnych zajęć poświęconych zdrowiu i profilaktyce, by kształtować wśród obywateli poczucie odpowiedzialności za ich zdrowie. Zdrowie pacjenta zależy od niego samego, a nie tylko od medyka.

Punkty te wyznaczają obszary wymagające szybkich i konkretnych decyzji, jeśli poważnie myśli się o wsparciu kadry medycznej i zdrowej przyszłości obywateli.

Niektóre pomysły już próbuje się wprowadzać w życie, ale gdy okiem medyka przyjrzeć się szczegółom, pojawiają się poważne zastrzeżenia.

## **TAK SAMO NIE ZNACZY TO SAMO**

Okazuje się, że choć mówimy tak samo, nie znaczy, że mówimy to samo. Przykładem są propozycje „restrukturyzacji” kompetencji zawodów medycznych. To

właściwy kierunek i jako samorząd lekarski popieramy go, ale z niepokojem obserwujemy, że słuszna idea w praktyce może być wypaczona, prowadząc do „felczeryzacji” medycyny.

Nie jest np. dobrym rozwiązaniem wprowadzenie asystenta chirurga, który będzie dublował zadania rezydenta i uniemożliwiał mu zdobywanie umiejętności praktycznych. Nie jest też właściwym kierunkiem dodawanie do zadań opiekuna medycznego kompetencji pielęgniarzkich (na dodatek w przyspieszonym trybie nauczania) zamiast zadbać o pozyskanie odpowiedniej grupy osób do tego zawodu (także dzięki zachętom finansowym), aby pielęgniarki nie musiały poświęcać czasu na prace opiekuńcze, lecz mogły wykorzystać go na czynności strictly medyczne, też przejmowane od lekarzy.

Sformułowana już ponad dwa lata temu (i wpisana do rekomendacji projektu „Wspólnie dla zdrowia”, nad którym wiele miesięcy pracowała rzesza medyków i ekspertów) idea powołania asystenta medycznego czy też sekretarza medycznego /sekretarki medycznej, której wszyscy przyklasaliśmy, do tej pory nie została wprowadzona w życie jako rozwiązanie systemowe, co ważne, wsparte odpowiednimi finansami.

Pacjenci – i słusznie – nie czują się zaopiekowani. Badania pokazują, że brakuje im zrozumiałej informacji, przejawów empatii, bezpośredniego kontaktu, wsparcia nie tylko w procesie powrotu do zdrowia, ale i w profilaktyce. W tych rolach doskonale mogą zastąpić lekarzy inni pracownicy, pomagający w zdrowieniu pacjenta, ułatwiający jemu i rodzinie poruszanie się po systemie ochrony zdrowia. Brakuje konsultantów cyfrowych, specjalistów łączących wiedzę medyczną z kompetencjami z obszaru informatyki. Potrzeba analityków danych, specjalistów opieki zintegrowanej, edukatorów zdrowia. Ale nie wystarczy tego zadekretować. Trzeba stworzyć możliwości sfinansowania nowych miejsc pracy, nie mówiąc o konieczności urealnienia wyceny świadczeń, które nie nadążają za rosnącymi kosztami.

## **TO RACJA STANU**

Rzeczywistości nie da się zacząć. Potrzebne są pieniądze, decyzje organizacyjne na szczeblu rządowym

(choćby koordynacja polityki zdrowotnej z polityką społeczną). Tracimy czas. Zanim na rynek pracy wejdą nowe roczniki absolwentów studiów medycznych, można by zadbać o „małe i szybkie zwycięstwa”. Brakuje konkretnych działań ustalonych w partnerskim dialogu z reprezentatywnymi przedstawicielami zawodów medycznych.

Powstają kolejne opasłe strategiczne dokumenty, w których powtarzane są te same tezy, a opieka zdrowotna coraz bardziej nam karleje, choć wiadomo, że zdrowie to nasza racja stanu. Cenne zasoby i fundament każdego systemu ochrony zdrowia, czyli kadry, są spychane na drugi plan. Można odnieść wrażenie, że decydenci urzędziliby doskonałą ochronę zdrowia, gdyby nie „roszczeniowi” medycy. W naszym zawodzie, gdy w grę wchodzi ludzkie życie, poprzeczka kompetencji musi być wysoko ustawiona. Tego samego oczekujemy od rządzących. To też jest element budowy zaufania. Nie służy temu narzucanie rozwiązań, przepychanie ustaw, niedopuszczanie do wystuć publicznych podczas prac parlamentarnych, a gdy zmiany nie przynoszą oczekiwanych efektów, zrzucanie winy na tych „co na dole”, którzy nie chcą lub nie potrafią podjąć wyzwaniom.

Gdy rozwiązania są niedopracowane, wycinkowe, gdy brakuje na nie pieniędzy, to są jedynie odhaczonym punktem programów czy strategii. Rośnie niezadowolone pacjentów, których oczekiwania zwiększyły się pod wpływem zapowiedzi i obietnic polityków. Rośnie frustracja wśród medyków i jako kraj lokujemy się na zawstydzająco niskiej pozycji na tle Europy. To poniżej naszych możliwości i aspiracji. Oby się nie okazało, że polska kadra medyczna będzie realizować swoje ambicje zawodowe, ale za granicą. Bo coraz trudniej będzie medykowi postępować zgodnie z sumieniem i maksymą Hipokratesa: „Zdrowie chorego najwyższym prawem”, jeśli ciężar tej odpowiedzialności ma dźwigać tylko on, bez wsparcia całego systemu ochrony zdrowia, za który odpowiadają politycy. ■

ARTYKUŁ UKAZAŁ SIĘ 12 PAŹDZIERNIKA 2021 R. W DZIENNIKU „RZECZPOSPOLITA”

\*Badanie przeprowadził w lipcu 2021 r. zespół naukowców tj. prof. Beata Buchelt z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, prof. Iwona Kowalska-Bobko z Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum oraz prof. Tomasz Mastyka z Akademii Górniczo-Hutniczej przy współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. W badaniu wzięło udział 2144 lekarzy i lekarzy dentyści.

# Podatki i lekarze

Opodatkowanie działalności medycznej w 2022 r., czyli jak przygotować się do Polskiego Ładu.

Prof. dr hab. **Adam Mariański** partner w Mariański Group  
**Magdalena Olszewska** dyrektor Pionu Podatkowego w Mariański Group



**N**ajbardziej popularną formą opodatkowania działalności gospodarczej osób fizycznych, także w przypadku świadczenia usług medycznych przez lekarzy, był tzw. podatek liniowy, czyli podatek dochodowy od osób fizycznych w wysokości 19%. Jednak uchwalone zmiany w ramach tzw. Polskiego Ładu przynoszą zasadnicze zmiany w zakresie opodatkowania działalności medycznej podatkiem dochodowym, w szczególności w zakresie ryczału ewidencjonowanego czy karty podatkowej. Na gruncie tych zmian umożliwiono lekarzom (i innym członkom personelu medycznego) korzystanie z szerszego katalogu form opodatkowania, które mogą okazać się atrakcyjniejsze niż podatek liniowy.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że świadczenie usług przez lekarzy może być opodatkowane na kilka sposobów:

- na zasadach ogólnych, czyli skalą podatkową (17% lub 32% po przekroczeniu drugiego progu podatkowego),
- podatkiem liniowym w wysokości 19% (z indywidualnej działalności gospodarczej oraz z tytułu udziału w spółce cywilnej, jawnej oraz partnerskiej),
- ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych,
- kartą podatkową.

Podejmując decyzję, która z tych form będzie najbardziej odpowiednia w danym przypadku, należy przeanalizować kilka kwestii, przede wszystkim jaki jest poziom rocznych przychodów lekarza oraz wydatków, które mogą stanowić koszty podatkowe w ramach

prowadzonej działalności gospodarczej. Należy także pamiętać, iż nie wszystkie formy opodatkowania pozwalają na rozliczenie podatku wspólnie z małżonkiem, czy odliczenie określonych ulg.

Dodatkowo lekarz może być wspólnikiem spółek kapitałowych, spółki komandytowej oraz spółki komandytowo-akcyjnej. Z tego tytułu może otrzymywać tzw. dochody kapitałowe, które są opodatkowane stawką liniową 19%. Pamiętaj jednak należy, że wcześniej spółki te są opodatkowane podatkiem dochodowym od osób prawnych. Podatek ten wynosi 9% dla małych podatników (do równowartości 2 mln euro obrotów rocznie) oraz 19% dla pozostałych. Tym samym łączne efektywne opodatkowanie wypłacanego zysku wyniesie



odpowiednio: dla małych podatników 26,29% oraz dla pozostałych 34,4%.

## ZMIANY W OPODATKOWANIU LEKARZY W 2021 R.

W przypadku ryczałtu ewidencjonowanego, warto mieć na uwadze, że jeszcze do końca 2020 r. skorzystanie przez lekarzy z tej formy opodatkowania mogło okazać się w wielu przypadkach niemożliwe. W ramach definicji wolnego zawodu w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, nie można było świadczyć usług na rzecz osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych niemających osobowości prawnej albo na rzecz osób fizycznych na potrzeby prowadzonej przez nie działalności gospodarczej. W związku z tym lekarz nie mógł skorzystać z ryczałtu ewidencjonowanego, jeżeli świadczył usługi na rzecz szpitala lub innej placówki, oraz jeżeli w prowadzonej przez siebie działalności zatrudniał innego lekarza.

Natomiast w 2021 r. powyżej wspomniana definicja wolnego zawodu uległa zmianie. Obecnie przez wolny zawód uważa się pozarolniczą działalność gospodarczą wykonywaną osobiście m.in. przez lekarzy i lekarzy dentyków (a także np. lekarzy weterynarii, techników dentystrycznych, felczerów, położne, pielęgniarki, psychologów, fizjoterapeutów, tłumaczy, adwokatów, notariuszy, radców prawnych, architektów), z tym że za osobiste wykonywanie wolnego zawodu uważa się wykonywanie działalności bez zatrudniania na podstawie umów o pracę, umów-zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów o podobnym charakterze osób, które wykonują czynności związane z istotą danego zawodu.

W przeciwieństwie do opodatkowania według skali podatkowej czy podatkiem liniowym, w przypadku ryczałtu ewidencjonowanego nie ma możliwości uwzględnienia kosztów podatkowych – podstawą opodatkowania jest kwota osiągniętego przychodu. Zatem ta forma opodatkowania będzie korzystna dla tych osób, które nie ponoszą wydatków związanych z działalnością gospodarczą (kosztów uzyskania przychodu) lub ponoszą je w niewielkiej wysokości. Zasadniczo jest już najbardziej korzystna, a stanie się optymalną formą w 2022 r., dla lekarzy wykonujących działalność w ramach kontraktów z różnymi podmiotami medycznymi. Natomiast nie jest i nie będzie ona

optymalnym rozwiązaniem dla podmiotów medycznych prowadzących działalność w szerszym rozmiarze.

Ponadto, do końca 2020 r. zastosowanie ryczałtu było możliwe wyłącznie w przypadku osób osiągających przychód w wysokości do równowartości 250 tys. euro rocznie. Od 1 stycznia 2021 r. próg ten został podniesiony do równowartości 2 mln euro. Niemniej, co bardziej istotne, obniżeniu uległa stawka ryczałtu ewidencjonowanego – do końca 2020 r. stawka ryczałtu dla lekarzy wynosiła 20%, obecnie wynosi ona 17%.

Należy pamiętać, że nie można stosować ryczałtu m.in. w przypadku korzystania z karty podatkowej, prowadzenia

## Dokonując wyboru formy opodatkowania w 2022 r., należy pamiętać o planowanych zmianach podatkowych wynikających z tzw. Polskiego Ładu.

apteku, korzystających, na podstawie odrębnych przepisów, z okresowego zwolnienia od podatku dochodowego, działalności w zakresie kupna i sprzedaży wartości dewizowych czy w przypadku osób podejmujących wykonywanie działalności w roku podatkowym po zmianie działalności wykonywanej:

- samodzielnie na działalność prowadzoną w formie spółki z małżonkiem,
- w formie spółki z małżonkiem na działalność prowadzoną samodzielnie przez jednego lub każdego z małżonków,
- samodzielnie przez małżonka na działalność prowadzoną samodzielnie przez drugiego małżonka – jeżeli małżonek lub małżonkowie przed zmianą opłacali z tytułu prowadzenia tej działalności podatek dochodowy na ogólnych zasadach.

Podobnie jak przy ryczałcie ewidencjonowanym, także w przypadku karty podatkowej, zmiana definicji wolnego zawodu umożliwiła lekarzom szersze korzystanie z tej formy opodatkowania – kontrakt z jednostką medyczną jest bowiem obecnie traktowany jako zawierany w ramach prowadzenia wolnego zawodu.

Karta podatkowa jest bardzo prostą formą opodatkowania – nie wymaga prowadzenia ksiąg czy składania zeznań podatkowych. Lekarz powinien być jednak

w stanie przekazać organowi podatkowemu odpowiednie informacje niezbędne do wymiaru podatku.

Kwota opłaty nie jest uzależniona od osiąganego dochodu. Wysokość podatku zależna jest natomiast od:

- rodzaju prowadzonej działalności,
- liczby mieszkańców gminy, na której terenie jest prowadzona działalność,
- liczby zatrudnionych pracowników.

W przypadku opodatkowania kartą podatkową należy pamiętać o tym, że jeśli dana osoba nie osiągnie zysku lub poniesie stratę i tak będzie zobowiązana do zapłaty podatku. Ponadto takiej straty nie można rozliczyć w kolejnych latach. Do końca 2020 r. nie było możliwości, aby małżonek przedsiębiorcy korzystającego z karty podatkowej prowadził działalność w tym samym zakresie. Od 2021 r. istnieje taka możliwość, jeżeli działalność małżonka nie jest opodatkowana podatkiem dochodowym na ogólnych zasadach lub ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych. W konsekwencji, małżonkowie mogą prowadzić działalność w tym samym zakresie i jednocześnie korzystać z karty podatkowej.

## CO ZMIENIA POLSKI ŁAD?

Dokonując wyboru formy opodatkowania w 2022 r., należy pamiętać o planowanych zmianach podatkowych wynikających z tzw. Polskiego Ładu.

Od stycznia 2022 r. wejdzie w życie ustawa o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw, która wprowadza szereg zmian podatkowych zgodnie z założeniami tzw. Polskiego Ładu.

Celem nowych regulacji w perspektywie podatkowej miała być poprawa sytuacji osób o dochodach minimalnych. Zakładają one bowiem podniesienie kwoty wolnej do 30 tys. zł (w przypadku podatników będących na skali podatkowej) oraz zwiększenie progu podatkowego do 120 tys. zł. Oba te elementy należy ocenić pozytywnie, choć należy dodać, że powinny być dawno temu wprowadzone. Są one zatem koniecznością, a nie prezentem od rządzących.

Jednakże, nowe przepisy wprowadzają szereg innych zmian, które niestety doprowadzą do dalszego pogłębienia się pewnie niesprawiedliwości systemu podatkowego i dyskryminacji osób opodatkowanych na zasadach ogólnych.

W szczególności zmieniają się zasady obliczania składki zdrowotnej, której podstawą mają być rzeczywiste dochody przedsiębiorcy (w miejsce stałej opłaty ryczałtowej). Ponadto, zlikwidowana zostanie możliwość odliczenia części zapłaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego od osób fizycznych.

W pierwotnej wersji projektu ustawy składka zdrowotna wynosiła 9% rzeczywistego dochodu dla skali podatkowej oraz dla opodatkowania liniowego. Po konsultacjach społecznych, które zakończyły się 30 sierpnia 2021 r., pozostawiono bez zmian wysokość składki zdrowotnej dla osób rozliczających się na skali podatkowej. Natomiast zmieniła się wysokość składki dla przedsiębiorców – wynosić ona będzie 4,9% rzeczywistego dochodu (zamiast 9%), również bez możliwości odliczenia od podatku.

Należy dodać, że w przypadku lekarzy opodatkowanych ryczałtem ewidencjonowanym, ustawa obniża stawkę z 17% do 14%. Ta forma opodatkowania może zatem stać się bardziej popularna w przypadku tej grupy zawodowej. Niemniej, także w tym przypadku wprowadzono zmiany dotyczące obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jednak po kolejnych zmianach są one najmniej niekorzystne z wszystkich wprowadzonych. W połączeniu z obniżoną stawką ryczałtu staną się zatem olbrzymią zachętą do wyboru tej formy opodatkowania.

Zgodnie z pierwotną wersją projektu, osoby opłacające ryczałt od przychodów ewidencjonowanych miały opłacać miesięcznie składkę zdrowotną od przychodu. W tym przypadku składka miała być obliczana w wysokości 1/3 stawki ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych zastosowanej przy opodatkowaniu tych przychodów ( $14 \times 1/3 = 18,6\%$ ). Obniżono podatek przez jego podwyżkę.

Po konsultacjach społecznych zmieniono te zasady. Obecnie, zgodnie z uchwalonymi przepisami, w przypadku ryczałtu podstawą składki zdrowotnej będzie przeciętne wynagrodzenie, ale ostateczna kwota zostanie wyliczona od rocznych przychodów. Progi procentowe wyniosą 60% przeciętnego wynagrodzenia dla osiągających rocznie przychody do 60 tys. zł (ok. 300 zł), 100% przeciętnego wynagrodzenia dla przychodów nieprzekraczających rocznie 300 tys. zł (ok. 500 zł), a powyżej tej wartości – 180% przeciętnego

wynagrodzenia (około 900 zł). Maksymalna składka wyniesie zatem 10 tys. 800 zł rocznie. Efektywne opodatkowanie wyniesie około 14,5% do 15,5%.

Ponadto, wprowadzono zasadę, że stosowanie opodatkowania w formie karty podatkowej będzie dotyczyło wyłącznie podatników, którzy korzystali z tej formy opodatkowania na dzień 31 grudnia 2021 r. i będą kontynuować stosowanie tej formy opodatkowania. Od 1 stycznia 2022 r. nikt nowy nie będzie mógł złożyć wniosku o zastosowanie opodatkowania w tej formie. Dodatkowo wyłączono możliwość korzystania z karty dla osób świadczących usługi inne niż bezpośrednio dla pacjentów. Tym samym kontrakty z podmiotami medycznymi nie będą już objęte tą najkorzystniejszą formą opodatkowania.

Na poniższych przykładowych estymacjach pokazujemy konsekwencje wyboru zasad opodatkowania na wysokość podatku, także przy uwzględnieniu założeń wynikających z planowanych zmian podatkowych.

**zatem wątpliwości, że najkorzystniejszą formą świadczenia usług medycznych w 2022 r. będzie działalność gospodarcza opodatkowana ryczałtowanym podatkiem od przychodów ewidencjonowanych.**

Najbliższe miesiące to jest ten czas, by zacząć przygotowywać się do kolejnych, rewolucyjnych zmian podatkowych. Czas wyboru formy opodatkowania minie 20 stycznia 2022 r. Lekarze mogą zastanowić się, czy rozwiązaniem dla nich nie będzie przykładowo inna forma prowadzenia działalności, np. poprzez założenie spółki, zamiast prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej.

Niemniej należy pamiętać, iż każde rozwiązanie powinno być dopasowane do danej działalności i powinno brać pod uwagę jej uwarunkowania i zakładane cele. W niektórych przypadkach takim rozwiązaniem będzie spółka jawna, w innych będzie to spółka komandytowa bądź spółka z o.o. Co istotne jednak, każdą taką zmianę należy dołączyć przemysleć pod kątem nie tylko

## LEKARZ OSIĄGNĄŁ ROCZNE PRZYCHODY 400 000 ZŁ

1) z umowy o pracę:

**2021:** podatek progresywny 76 400 zł + 4 700 zł (1,25% składki NFZ, tj. część nieodliczalna od podatku) = **81 100 zł**

**2022:** podatek progresywny 95 100 zł + 33 500 zł (9% składki NFZ) = **128 600 zł**

**RÓŻNICA: 47 500 zł**

2) z działalności gospodarczej opodatkowanej podatkiem liniowym (19%) minus koszty uzyskania przychodu w hipotetycznej wysokości 47 500 zł:

**2021:** podatek liniowy 62 800 zł + 630 zł (1,25% zryczałtowanej składki NFZ, tj. część nieodliczalna od podatku) = **63 400 zł**

**2022:** podatek liniowy 66 700 zł + 17 200 zł (4,9% składki NFZ) = **83 900 zł**

**RÓŻNICA: 20 500 zł**

3) z ryczałtu ewidencjonowanego opodatkowanego:

**2021:** ryczałt (17%) 68 000 zł + 4 582 zł (zryczałtowana składka NFZ) = **72 582 zł**

**2022:** ryczałt (14%) 56 000 zł + 10 800 zł (składka NFZ przewidziana dla ryczałtu) = **66 800 zł**.

**RÓŻNICA: 5 782 zł (na korzyść w 2022 r.)**

**Oczywiście największe różnice pojawiają się, gdy porównujemy opodatkowanie dochodów z pracy z opodatkowaniem ryczałtowym. Nie ma**

uwarunkowań podatkowych, ale także prawnych (np. inna jest odpowiedzialność za zobowiązania w spółce jawnej, a inna w spółce z o.o.). ■











# Zawieszenie PWZ za działania antyszczepionkowe

30 listopada 2016 r. okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (po otrzymaniu informacji od NROZ) wszczął postępowanie wyjaśniające w sprawie informacji propagowanych przez lekarza H.C., które dotyczyły szkodliwości szczepionek.

**Aleksandra Gil** biuro NROZ

**K**ilka miesięcy wcześniej (11 maja 2016 r.) lekarz ten udzielił wywiadu lokalnej telewizji, którego tematem były szczepionki i obowiązujący kalendarz szczepień. Podczas rozmowy lekarz podważał sens szczepienia dzieci w wieku poniżej 6. miesiąca życia, a nawet roku, argumentując, że dziecko do tego czasu nie posiada jeszcze odporności immunologicznej, a przed wszelkimi chorobami chronione jest mlekiem matki.

Podkreślał również, że szczepionki – w przeciwieństwie do leków – przed wprowadzeniem do obrotu nie są poddawane badaniom, testom na zwierzętach i w dalszej kolejności próbom

na ludziach. Akcentował także, że w pierwszej dobie życia otrzymujemy szczepionki, które w swoim składzie zawierają metale ciężkie, takie jak rtęć i aluminium, o wartości znacznie przekraczającej dopuszczalne normy, co prowadzi do zniszczenia układu ośrodkowego w przyszłości i wystąpienia takich schorzeń jak Alzheimer, choroby demielinizacyjne czy problemy z pamięcią. Finalnie zaznaczył, że prędzej od problemów zdrowotnych spowodowanych brakiem szczepień obawiałyby się wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych. Jako przykład jednego z nich lekarz wskazał autyzm, który według niego obecnie występuje w Polsce raz na 48 porodów.

Okręgowy sąd lekarski po dokonaniu analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego stwierdził, że w przypadku lekarza niewątpliwie doszło do naruszenia przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Za popełnione przewinienie zawodowe wymierzył mu karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres jednego roku.

Odwołanie od orzeczenia OSL złożył obrońca obwinionego oraz OROZ. Wskutek powyższego, Naczelny Sąd Lekarski zmodyfikował opis czynu zarzuconego lekarzowi i wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat. Kasację od orzeczenia NSL wywiódł obrońca obwinionego. ■

## KOMENTARZ



**Grzegorz Wrona**  
Naczelny Rzecznik  
Odpowiedzialności  
Zawodowej

26 kwietnia 2021 r. Sąd Najwyższy w jednoosobowym składzie (art. 535§3 k.p.k.) oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną. W takim trybie, ze względu na oczywistą bezzasadność podniesionych zarzutów, dotychczas rozpoznawano jedynie osiem kasacji złożonych od orzeczenia Naczelnego Sadu Lekarskiego. Do postanowienia w tej sprawie (prowadzonej pod sygnaturą I KK 210/20) sąd sporządził uzasadnienie dostępne w zbiorze orzeczeń SN pod

linkiem: <http://www.sn.pl/sites/orzecznictwo/orzeczenia3/i%20kk%20210-20.pdf>.

Sprawa wprawdzie nie dotyczyła aktualnej sytuacji pandemicznej i szczepień przeciwko COVID-19, tylko publicznego, medialnego wystąpienia lekarza propagującego postawy antyzdrowotne w zakresie szkodliwości szczepień wykonywanych u dzieci przed 6. miesiącem życia, ale w istocie rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego, a przede wszystkim przedstawiona argumentacja, może mieć przełożenie na skutki dzisiejszych zachowań niektórych lekarzy.

Najistotniejszymi aspektami podniesionymi w orzeczeniu SN są:

1) bezstronność powoływanych biegłych, ich przynależności do towarzystw naukowych, co zdaniem

Sądu Najwyższego „nie może stanowić wystarczającej podstawy do ich wyłączenia. Rozumując w sposób zaprezentowany w kasacji, należałoby wnosić o wyłączenia znacznej części biegłych powiązanych ze środowiskiem naukowym, skoro uczestniczą w badaniach odnoszących się do dziedziny związanej z przedmiotem opiniowania”. Kontynuując ten wątek uzasadnienia SN, można byłoby wnioskować, iż składający kasację oczekiwali, że biegłymi powoływanymi przez sądy lekarskie powinny być osoby nie tylko nieuczestniczące w badaniach, ale najlepiej nieposiadające wiedzy w zakresie zleconej opinii i dopiero tę wiedzę mające zdobyć;

2) szczególnie wysoka szkodliwość społeczna wspierania przez lekarza postaw antyszczepionkowych – tu Sąd Najwyższy stwierdził, że „obwiniony, choćby z racji swego



przygotowania zawodowego, ma ponadprzeciętną wiedzę o systemie badania, testowania, udzielania zgody na wprowadzanie do stosowania i bieżącego monitorowania działania medykamentów dostępnych w ramach opieki zdrowotnej”. Z tym stanowiskiem SN nie sposób się nie zgodzić, wymagając od lekarzy, szczególnie w czasie pandemii, by obserwując potwierdzające się wraz z upływem dni i tygodni prognozy specjalistów, lekarzy i nie lekarzy, wyciągali wnioski i na tej podstawie budowali swoją wiedzę. Prawdziwość i potwierdzalność tych tragicznych dla wielu ludzi prognoz buduje też w oczywisty sposób autorytet autorów tych prognoz.

3) wolność słowa jako konstytucyjna wartość, na którą się powołujemy, kiedy merytoryczne argumenty są dla nas niedostępne lub gdy nie chcemy tylko z nam znanych przyczyn dać im wiary – tu Sąd Najwyższy stwierdził, „że na gruncie odpowiedzialności zawodowej zachowanie przypisane lekarzowi H.C. – jako jawnie sprzeczne ze

standardami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej oraz istniejącą rzeczywistością i nakierowane na propagowanie postawy stanowiącej realne zagrożenie społeczne u odbiorców niemających odpowiedniego przygotowania do weryfikacji przekazywanych treści – nie może korzystać z ochrony wynikającej z wolności słowa”.

Sąd Najwyższy rozpatrywał również zarzut rażącej surowości kary wymierzonej obwinionemu lekarzowi, który prawomocnym orzeczeniem NSL został ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres dwóch lat. W tym zakresie, oddalając i ten wniosek kasacyjny, SN stwierdził: „Błąd lekarski i jego ewentualne następstwa, nawet te najpoważniejsze, dotyczy przecież najczęściej jednego pacjenta i ewentualnie jego najbliższego otoczenia. Natomiast propagowanie przez lekarza poglądów niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną i podawanie nieprawdziwych informacji dotyczących stosowanych preparatów na forum publicznym wśród odbiorców niemających (lub niechających – dop.



Postanowienie Sądu Najwyższego w sprawie H. C. pod sygnaturą I KK 210/20 z 26 kwietnia 2021 r.

NROZ) ich zweryfikować, ma o wiele większy zasięg i równie poważny ciężar gatunkowy”. Sąd powołał się na konsekwencje w skali społecznej i potwierdził, iż to społeczne, błędne przekonanie może wynikać z przypisywania każdemu lekarzowi, lub osobie podpisującej się tytułem zawodowym lekarza, roli eksperta. Ta argumentacja doprowadziła SN do stwierdzenia, że „rozmiar represji dyscyplinarnej zastosowanej (w tym przypadku) przez Naczelny Sąd Lekarski nie wykazuje cech rażącej surowości”.

Ocena możliwych skutków postaw antyzdrowotnych lekarza może prowadzić i – jak widać – prowadzi sądy lekarskie do sięgania po najsurowsze kary. ■

## KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

# Czyja swoboda jest swobodniejsza?

Swoboda organów izby lekarskiej a swoboda procesu leczniczego lekarza. Opis przypadku.

**Sławomir Smół** rzecznik praw lekarza Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

**P**ragnę opisać pewien przypadek postępowania przed organami izby, a mianowicie rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim, jednego z naszych kolegów. Jako rzecznikowi praw lekarza Wielkopolskiej Izby Lekarskiej przypadek ten w mojej opinii ma kapitalne i wręcz podstawowe znaczenie dla naszej codziennej pracy.

Swego czasu zostałem poproszony przez kolegę o występowanie w jego

imieniu jako jeden z obrońców w procesie toczącym się przed OSL. Sprawa dotyczyła niewykonania przez kolegę zleconego przez specjalistę innej dziedziny badania neuroobrazowego. Na marginesie pragnę dodać, że badanie to zostało zlecone w sposób kategoriyczny wbrew obowiązującym w piśmiennictwie anglosaskim standardom. Pomimo tego, zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej dopatrzył się naruszenia zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej określonych w art. 8 w związku z art. 4 Ustawy z dnia

5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W maju 2018 r. odbyła się pierwsza z rozpraw przed OSL. Jako jeden z pełnomocników wniosłem do sądu wniosek o przeprowadzenie postępowania dowodowego w postaci powołania biegłego specjalisty w danej dziedzinie. Po krótkiej, trwającej ok. czterech godzin naradzie, sąd przychylił się do mojego wniosku. Sformułowałem więc 12 pytań do biegłego, układających się w ciąg logiczny. Uznałem, wg mojej wiedzy klinicznej, że odpowiedzi biegłego powinny

## KOMENTARZ



**Jacek Miarka**  
przewodniczący NSL

**Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy opiera się na przepisach ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, z odesłaniem do k.p.k. i przepisów wykonawczych wydanych na jej podstawie. Istnieją wymagane prawem etapy postępowania: po wpłynięciu skargi okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o wszczęciu postępowania lub (co zdarza się częściej) odmawia postępowania, nie znajdując do tego podstaw. Jeśli uważa, że istnieją racjonalne podstawy, najpierw wykonuje czynności sprawdzające, a następnie przeprowadzone jest postępowanie wyjaśniające, w tym przesłuchanie świadków, stron postępowania, gromadzenie dowodów. Postępowanie wyjaśniające kończy się**

albo umorzeniem (dość często), albo postawieniem zarzutów i skierowaniem sprawy do okręgowego sądu lekarskiego (rzadziej).

Ten krótki wstęp proceduralno-prawny był niezbędny do tego, aby odnieść się do opisanego przypadku. I tak, aby lekarz stanął przed trzyosobowym składem OSL, niezależnie działający OROZ musi uznać, na podstawie przeprowadzonego postępowania, że obwiniony lekarz może być winny zarzucanego mu czynu. I tak było w tej sprawie, a procedury mają zapobiec temu, aby nie postawić przed sądem lekarza na podstawie całkowicie bezpodstawnych zarzutów.

OSL przeprowadził postępowanie, dopuszczając na wniosek obrony dowód z opinii biegłego neurochirurga, pozytywny we wnioskach dla obrony. Zgadza się, że pełnomocnik pacjenta zadał biegłemu pytania nie do końca związane z tym postępowaniem, natomiast nie mogę się zgodzić z tezą, że brak w składzie neurochirurga mógł mieć na to wpływ. Aktualnie mamy w Polsce 77 specjalizacji i nie ma takiej możliwości ani potrzeby, aby w każdym składzie sędziowskim był określony specjalista. Należy zauważyć, że w składzie Naczelnego Sądu

Lekarskiego, którego orzeczenie w pełni zostało zaakceptowane, także nie było neurochirurga. W sądzie obie strony postępowania mają takie same prawa, a wysoka aktywność rodziny chorego spowodowała przedstawienie innej opinii neurochirurgicznej, sprzecznej we wnioskach z poprzednią, co miało zapewne znaczenie dla orzeczenia OSL.

I wreszcie zasadniczy zarzut podniesiony w opisywanej sprawie – wydania wyroku przez OSL wbrew treści opinii biegłego.

Zgodnie z art.61 ust.3 ustawy o izbach lekarskich sąd lekarski kształtuje swoje przekonania na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów, ocenianych swobodnie (nie dowolnie!), z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia zawodowego. Zgodnie z wyrażoną wyżej zasadą swobodnej oceny dowodów, sąd lekarski ocenia dowody i wyciąga z nich wnioski według wewnętrznego przekonania, nieskrępowanego regułami prawnymi, co musi wyjaśnić w uzasadnieniu orzeczenia wyczerpująco i logicznie – i to jest jedyne, ale niezwykle istotne ograniczenie swobody sądu.

w sposób jednoznaczny uwolnić obwinionego od stawianych zarzutów. Przed sądem występowała oczywiście również druga strona, mianowicie pełnomocnik pacjenta. W konsekwencji biegły został zobligowany do udzielenia odpowiedzi na 321 szczegółowych pytań (jak później stwierdził Naczelny Sąd Lekarski, często niezwiązanych z przedmiotowym postępowaniem). Na marginesie, jest to praktyka dość dobrze znana, gdy roszczeniobiorca, korzystając z postępowania przed organami izby, zbiera na koszt lekarzy (postępowanie finansowane z naszych składek) opinie i dowody służące później do postępowania w procesach karnych i/lub cywilnych. W konkluzji swojej opinii biegły stwierdził: „W krótkim podsumowaniu opinii nie stwierdzam podstaw do uzasadnienia błędu medycznego w szpitalach leczących p. ...”.

Pomimo jednoznacznej opinii biegłego sąd przychylił się do żądania pełnomocnika powoda i wbrew ocenie merytorycznej uznał obwinionego lekarza za winnego przewinienia zawodowego. Skazany już lekarz wniósł w związku z tym odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego.

Dzień przed wyznaczoną rozprawą przed NSL zgłosiłem do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (22.06.2020 r.) wniosek o rozpatrzenie

oraz skazanie członków okręgowego sądu lekarskiego w związku z naruszeniem wg mojej opinii art. 1 ust 3 oraz art. 10 ust. 1 oraz 2 KEL. W uzasadnieniu wniosku wykażałem, że biegły w swojej opinii (a żaden z członków okręgowego sądu nie reprezentował specjalności lekarskiej, z zakresu której dotyczyło postępowanie) pięciokrotnie obalił zarzut OROZ dotyczący skazanego lekarza. Mimo to sąd, mając również wiedzę o toczącym się równoległe postępowaniu karnym i cywilnym, skazał wg biegłego niewinnego lekarza.

Data złożenia przeze mnie wniosku nie została wybrana przypadkowo. Nie mogłem znać wyznaczonego na dzień następny przebiegu rozprawy przed Naczelnym Sądem Lekarskim, a jednocześnie nie chciałem, aby mój wniosek do OROZ pojawił się w „informacyjnym obiegu korporacyjnym”.

NSL, mogę zaryzykować takie stwierdzenie, zmiażdżył wyrok OSL, niewinniając oskarżonego stosunkiem głosów 5:0. Ale miałyby to niewielkie znaczenie dla korporacji, gdyby nie wg mojej opinii precedensowe uzasadnienie wyroku. Mianowicie Naczelny Sąd Lekarski w uzasadnieniu wyroku stwierdził: „należy stwierdzić, że lekarz prowadzący leczenie chorego, nie jest zobowiązany do bezwzględnego zastosowania się

do wszystkich zaleceń konsultantów. Wynika to nie tylko z zasad ogólnie przyjętej dobrej praktyki lekarskiej, lecz nadto z samego znaczenia słowa «konsultacja», które należy rozumieć jako zasięganie opinii u fachowców, udzielanie rad, wskazówek i wyjaśnień”.

W związku z moim doniesieniem na członków OSL, bez powoływania się na wyrok NSL, którego w chwili składania doniesienia nie znałem, niebawem, a mianowicie po okresie roku (10.06.2021 r.) okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej jednej z OIL postanowił odmówić wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W swoim uzasadnieniu OROZ wskazał, że „organy prowadzące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy (w tym również sąd) kształtują swoje przekonanie na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów oceniających swobodnie” (podkr. OROZ).

Jednocześnie art. 6 KEL stanowi: „Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy”.

W związku z powyższym czyja swoboda jest swobodniejsza – organów izby czy też lekarza leczącego? ■

Sąd lekarski nie jest związany opinią biegłego i ma obowiązek ocenić jej przydatność na równi z innymi środkami dowodowymi, a nie bezkrytycznie przyjmować wnioski biegłego, gdyż wtedy można by zastąpić wszelkie sądy tylko biegłymi sądowymi, co jest sprzeczne z podstawowym celem wymiaru sprawiedliwości. Na marginesie sprawy należy stwierdzić, że niektóre opinie biegłych są dalekie od pełnej i realnej oceny sprawy i wszystkich jej okoliczności, co czasem wynika ze znajomości przez biegłego finału sprawy (opinie wydawane są post factum), a czasem z pozycji całkowicie odmiennych warunków pracy i możliwości, np. kliniki uniwersyteckiej w porównaniu z małym szpitalem.

Biegły nie jest uprawniony do oceny, czy obwiniony dopuścił się błędu w sztuce, bo do tego uprawniony jest wyłącznie sąd, a w cytowanej konkluzji opinii biegłego niestety to się zdarzyło.

Natomiast swoboda wyboru przez lekarza w zakresie metod postępowania (art. 6 KEL) też ma swoje ograniczenia, co wynika z zapisów kolejnych artykułów, i dotyczy właściwych kompetencji zawodowych,

doświadczenia, możliwości diagnostycznych oraz wielu innych czynników, a oceniana jest zwykle poprzez kryterium skuteczności i efektów leczenia. W mojej opinii nie ma kolizji między tymi swobodami, obie są równie ważne, choć z punktu widzenia prawa istnieje hierarchia: konstytucja, ustawa, kodeks.

Natomiast dwuinstancyjność postępowania: orzeczenie OSL, możliwość odwołania do NSL, który od początku samodzielnie dokonuje w ramach kontroli instancyjnej analizy całego materiału dowodowego, zmniejsza w sposób istotny możliwość popełnienia błędu przez skład sędziowski, na końcu jeszcze od wyroku NSL przysługuje stronom kasacja do Sądu Najwyższego. Odmienne orzeczenie NSL nie jest „miażdżącym”, wynika z innej oceny materiału dowodowego przez pięciu doświadczonych sędziów, a w końcu będzie pewnie zweryfikowane przez Sąd Najwyższy. To, że różnimy się w ocenie sprawy, nie daje, moim zdaniem, żadnych podstaw do oskarżania zespołu niezależnych sędziów, którzy co prawda nie posiadają immunitetu, jak sędziowie sądów powszechnych, ale których praca i niezależność zasługują na szacunek.

Mam, jako lekarz i sędzia, pełną świadomość, że nie każde leczenie szpitalne kończy się sukcesem, a lekarz nie jest gwarantem powodzenia każdej terapii. W istniejącym chaosie prawnym, z jakim mamy do czynienia w ostatnich latach, stanowieniem prawa niezwykle opresyjnego wobec lekarzy dla doraźnych celów politycznych, musimy jednak pamiętać, żeby pracować zgodnie z wiedzą, sztuką medyczną i obowiązującą nas starannością.

Po 30 latach pracy w sądzie lekarskim u mnie, tak jak u każdego sędziego, występuje dylemat etyczny powstający pomiędzy realizacją nadrzędnej wartości, jaką jest dobro pacjenta, a wymogiem lojalności wobec własnej grupy zawodowej.

Szacunku do zawodu lekarza nie można zadekretować tylko artykułami kodeksu etycznego, nie możemy unikać dyskusji, a także obiektywnej oceny błędów i zaniedbań naszych kolegów, a sąd lekarski musi być zawsze otwarty na argumenty i krytykę obu stron postępowania. Bo bez obiektywnego sądownictwa lekarskiego nie może istnieć nasz samorząd, nie będziemy mogli także oczekiwać szacunku społecznego. ■

## SZKOLENIE SPECJALIZACYJNE

# Miało być lepiej, a jak jest?

Po ponad roku od wejścia w życie nowych przepisów regulujących uprawnienia lekarzy w trakcie specjalizacji można podjąć próbę podsumowania funkcjonowania ich w praktyce.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

**Z**ejścia po dyżurach to od zawsze był gorący temat. W ramach specjalizacji, zgodnie z art. 16o ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarze są zobowiązani do pełnienia dyżurów medycznych lub pracy w systemie zmianowym lub równoważnym w maksymalnym czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej (art. 16f ust. 3 pkt 2h) ustawy o ZLiLD), przy czym:

1) dyżury medyczne muszą być pełnione w maksymalnym czasie dopuszczalnym przepisami o działalności leczniczej (bez klauzuli opt-out), czyli 10 godzin 5 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym,

2) praca w systemie zmianowym jest możliwa, jeśli program specjalizacji to dopuszcza i gdy lekarz pracuje na tej samej zmianie co jego kierownik specjalizacji,

3) praca w systemie równoważnym jest możliwa, jeśli dopuszcza to program specjalizacji i taki system pracy obejmuje wszystkich lekarzy w jednostce prowadzącej specjalizację.

Dyżury medyczne muszą być również odbywane we wskazanych w programie specjalizacji jednostkach podmiotu prowadzącego specjalizację (art. 16f ust. 3 pkt 2a) ustawy o ZLiLD).

## ZEJŚCIE PO DYŻURZE

Lekarz dyżurujący w ramach programu specjalizacji ma prawo do wynagrodzenia jak za pracę w godzinach nadliczbowych albo, na swój wniosek, czas wolny (art. 16i ust. 3 ustawy o ZLiLD). W przypadku rezydentów szczególnie uregulowano „zejście po dyżurze” (art. 16i ust. 9 ustawy o ZLiLD).

Okres odpoczynku po dyżurze rezydenta wlicza się do podstawowego wymiaru czasu pracy, a korzystanie z niego nie powoduje obniżenia wynagrodzenia należnego na podstawie umowy o pracę, nie wydłuża również okresu odbywania specjalizacji. Powinien być również udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru (art. 16i ust. 8 ustawy o ZLiLD). Podkreślenia wymaga to, że zasady te stosuje się wyłącznie do pełnienia dyżurów medycznych w wymiarze godzinowym określonym w programie specjalizacji, a nie do wszystkich dyżurów, które pełni lekarz w trakcie specjalizacji. Bo oczywiście może on podpisać klauzulę opt-out (art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej) i dyżurować więcej niż określa program. Może to nie spowodować wydłużenia okresu szkolenia specjalizacyjnego o długość okresów odpoczynku po dyżurze (art. 16i ust. 10 ustawy o ZLiLD), o ile:

- dyżury pełnione są wyłącznie w jednostkach organizacyjnych podmiotu prowadzącego specjalizację, które są wskazane w programie szkolenia specjalizacyjnego (nie mogą to być dowolne komórki tego podmiotu zgodne z jego potrzebami),
- zgodę wyraził kierownik specjalizacji,
- okres odpoczynku po takich dyżurach nie przekracza średnio pięciu dni roboczych miesięcznie w okresie rozliczeniowym.

Za takie dyżury lekarz otrzymywać musi odrębne wynagrodzenie niż to przewidziane w umowie o pracę w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

## WADLIWY PRZEPIS

Wyjątkowo niefortunna redakcją ma przepis art. 16i ust. 1d-1e ustawy o ZLiLD.

Dotyczy on uprawnień lekarzy, którzy w trakcie specjalizacji korzystają z uprawnień związanych z rodzicielstwem lub stanem zdrowia (chodzi głównie o kobiety wychowujące dzieci do czterech lat, które nie zgodziły się na pracę w nocy i w godzinach nadliczbowych). Miał on powodować, że jeśli w takiej sytuacji nie są odbywane dyżury medyczne, to nie powoduje to przedłużenia specjalizacji, o ile zamyka się to w wymiarze łącznie nieprzekraczającym 50 proc. wymiaru czasu pracy w ramach pełnienia dyżuru medycznego przewidzianego programem danej specjalizacji i trwa nie dłużej niż przez łącznie 24 miesiące. Przepis ma jednak takie brzmienie, że interpretowano go jako ograniczenie uprawnień z art. 178 KP i podstawę do nakazywania pełnienia dyżurów. Ministerstwo Zdrowia w komunikacie z 13 lipca 2021 r. (RKL.81222.318.2021.DR) przyznało, że przepis jest wadliwy, ale nie ogranicza uprawnień wynikających z prawa pracy i pozwala nie wydłużać specjalizacji, jeśli zachowane są wskazane w nim limity.

## SAMODZIELNE DYŻURY

Lekarze byli też często zmuszani do pełnienia samodzielnych dyżurów na samym początku specjalizacji. Również w tym zakresie doszło do zmian przepisów. W pierwszym roku specjalizacji lekarz może odmówić pełnienia samodzielnych dyżurów, okres ten może być dłuższy, jeśli przewiduje to program specjalizacji. Ale skorzystanie z tego uprawnienia wyłącza możliwość samodzielnego dyżurowania w innych podmiotach (poza NPL oraz świadczeniami z innych dziedzin medycyny niż odbywana specjalizacja). ■



# Rozdroże czy niestety coś więcej?



**Andrzej Cisto**  
wiceprezes NRL

Taki sam tytuł zaproponowałem prezesowi NRL do zgłoszenia Radzie Programowej Kongresu Wyzwań Zdrowotnych jako propozycję jednego z tematów sesji kongresowych.

**W** ystrzegając się cały czas (co niezmiennie podkreślam i deklaruję w kolejnych felietonach) prób hamletyzowania czy też opowiadania o procesach zachodzących wokół nas w kategorii „końca świata”, nie sposób jednak nie zauważyć już nie tylko zarysowanej, ale wręcz wdrażanej polityki intensyfikacji kształcenia przed-dyplomowego bez oglądania się na efekty.

Przykrość nas spotkała podwójna, gdyż mieliśmy sprawę studiów lekarskich w wyższych szkołach zawodowych za załatwioną. Nie wyglądało to do końca poważnie, że władza z dnia na dzień porzuca projekt, ale w końcu nigdy nie jest za późno na refleksję. Aż tu nagle sprawa wróciła w senacie, co dowodzi tylko tego, że politykę państwa w tym zakresie można, w dużym uproszczeniu oczywiście, przyrównać do ruchów Browna. Zawsze przy takich okazjach kojarzymy niezwiązane być może ze sobą niekorzystne fakty. W tym wypadku do jednej traumy dokładamy kolejną, w postaci wykluczenia zawodów medycznych z kategorii wolnych zawodów. Na szczęście, tylko w jednej z dwóch ustaw, w których kataloguje się te zawody. To się niekoniecznie musi ze sobą komponować, ale żyjemy w czasach, w których w otoczeniu prawnym może się wydarzyć już prawie wszystko. Ale, rzecz jasna, z samego utyskiwania nic nie przyjdzie.

Ostrożność dyktuje wzięcie pod uwagę rozmaitych wariantów, również tych niekorzystnych. Takim byłoby skupienie polityki państwa na zaspokojeniu rosnących potrzeb opieki medycznej poprzez prosty, ale wywołujący opłakane skutki manewr zwiększenia liczby praktykujących lekarzy za wszelką cenę, bez oglądania się na jakość kształcenia. Jakość świadczeń z kolei, wedle kolejnej łatwej pokusy, zaspokoi się ustawą przewidującą badanie satysfakcji pacjentów.

Stąd piszę w tytule o rozdrożu, gdyż na końcu tej równi jest obniżenie rangi zawodu. W stomatologii niebezpieczeństwo to jest o tyle bardziej realne, że w naszym zawodzie następny szczebel korekty zasobu umiejętności, czyli specjalizacja, jest niebywałą rzadkością.

Z użytkownikami Twittera podzieliłem się wpisującą się w ten kontekst anegdotą. Oto do profesora chemii przychodzi młody człowiek, który oświadcza, że pod kierownictwem tegoż profesora chce prowadzić prace nad rozpuszczalnikiem – substancją rozpuszczającą wszystko, włącznie z kamieniem. Profesor kazał mu wrócić, kiedy wynajdzie najpierw naczynie na tę superciecz. I tak też jest z kształceniem – zdefiniujemy najpierw ścieżkę rozwoju podyplomowego lekarzy dentystów, niezbędny udział państwa w tej drodze, jaką każdy młody stomatolog przemierzał będzie przez kolejne 40 lat i oszacujemy, na co stać w tej materii budżet. I dopiero do tak zdefiniowanego kształtu doprojektujemy docelową liczbę wykonujących zawód lekarzy dentystów. Pochodną tej liczby (łatwą zresztą do wyliczenia) będzie liczba przyjmowanych co rok studentów. Wysokie wymagania kształcenia podyplomowego podyktują wówczas zapewne odpowiedni poziom studiów. Nasz niepokój jest jak najbardziej uzasadniony. Nie

**W stomatologii niebezpieczeństwo to jest o tyle bardziej realne, że w naszym zawodzie następny szczebel korekty zasobu umiejętności, czyli specjalizacja, jest niebywałą rzadkością.**

czytałem jeszcze takiego ministerialnego ukazu, jak Zarządzenie ws. powołania Zespołu ds. opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty, w którym (w pkt. 1) jako cel pracy zespołu wymienia się „przeгляд oraz zaproponowanie zmian do aktualnego zestawu efektów kształcenia pod kątem możliwości ograniczenia efektów kształcenia”. Powtórzmy – „pod kątem ograniczenia efektów kształcenia”. Czy trzeba jakichś dodatkowych świateł alarmowych? ■

## STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

# Polka w zarządzie CED



Nowy zarząd CED

**19 listopada, podczas posiedzenia ogólnego Rady Europejskich Lekarzy Dentystów (Council of European Dentists, CED), dr Anna Lella została wybrana na stanowisko członka zarządu CED (Board of Directors) na lata 2021-2024.**

Wcześniej – 29 września – Zgromadzenie Ogólne Światowej Federacji Dentystycznej (World Dental Federation FDI) wybrało dr Lellę na członka zarządu FDI (FDI Councillor).

– Cel najbliższy mojemu sercu to promocja wysokich standardów w stomatologii. Ważna będzie dla mnie walka z krążącymi stereotypami postrzegania dentystyki jako rzemiosła, a nie profesji lekarsko-medycznej – mówiła w 2016 r. w rozmowie z „Gazetą Lekarską”. Chciała także popularyzować stomatologię opartą na dowodach – „evidence based dentistry”. Takie pomysły na stomatologię doceniło środowisko w Europie i na świecie.

CED jest organizacją reprezentującą zawód lekarza dentysty w Unii Europejskiej, zrzeszającą główne krajowe organizacje lekarsko-dentystyczne z 31 państw europejskich (państwa członkowskie UE, państwa kandydujące do UE, państwa EOG, Szwajcaria, Wielka Brytania). Podstawowym celem CED jest promowanie wysokich standardów opieki stomatologicznej. ■

## Aneksowanie umów wieloletnich

**5 listopada Prezydium NRL wystosowało kolejny apel zmierzający do uporządkowania sytuacji wokół aneksowania wieloletnich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z rodzaju leczenia stomatologicznego.**

W zdecydowanej większości województw umowy wygasają w połowie 2022 r. NFZ proponuje przedłużenie ich (w większości o pół roku). Proponuje się zastosowanie przepisu z początków pandemii i placówki mające umowę z NFZ chciałyby wiedzieć, czy np. przepis ten będzie ponownie stosowany (czy będą dalsze propozycje) i jak się ma proces przedłużania umów do powszechnego żądania urealnienia wyceny świadczeń.

19 listopada nadeszła odpowiedź zastępcy prezesa NFZ. „Odnosząc się do wielokrotnych wniosków środowiska lekarsko-dentystycznego o zmianę wyceny świadczeń stomatologicznych, pragnę poinformować, iż Narodowy Fundusz Zdrowia nadal trwa w oczekiwaniu na przekazanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rzetelnej i adekwatnej do oczekiwań środowiska medycznego kalkulacji kosztów wybranych świadczeń

stomatologicznych (świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej oraz periodontologii). Opracowane przez AOTMiT (we współpracy z NRL) nowe wartości wyceny wybranych świadczeń stomatologicznych oraz zmiana organizacji ich udzielania (finansowanie kompleksowych procedur medycznych złożonych z poszczególnych świadczeń gwarantowanych) zostaną zaimplementowane w miarę możliwości finansowych Funduszu do już realizowanych umów, do ich wdrożenia nie wydaje się konieczne przeprowadzenie nowych postępowań konkursowych” – napisano w odpowiedzi.

Jeśli zaś chodzi o kwestię różnego czasu obowiązywania aneksów przedłużających umowy w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, NFZ informuje, że decyzje podejmowane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na obszarze właściwości danego oddziału wojewódzkiego po przeanalizowaniu lokalnych uwarunkowań. I dodaje, że brak przesłanek, aby prezes NFZ wskazywał termin, w którym powinny wygasnąć wszystkie umowy zawarte w danym zakresie świadczeń. ■

Źródło: nil.org.pl

## Obrazowanie 2D w Stomatologii – kurs online



15 stycznia 2022 r. to termin pierwszego szkolenia w ramach kursów organizowanych przez NRL w związku z wymogami uzyskiwania zgód na wykonywanie procedur medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Uczestnik kursu na zakończenie uzyska certyfikat potwierdzający nabycie umiejętności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją medycznych procedur radiologicznych.



Szczegóły i zapisy

## STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

# Bezpieczna ciąża

Dobre zdrowie jamy ustnej może zmniejszyć ryzyko przedwczesnego porodu – tak wynika z badań zespołu naukowców z University of Sydney.

Przeprowadzone w Australii badanie miało na celu sprawdzenie, czy leczenie zapalenia dziąseł u przyszłych matek może wpływać na przebieg ciąży. – Ze względu na zmiany hormonalne w czasie ciąży, kobiety ciężarne są podatne na zapalenie dziąseł, które występuje u 60-75 proc. z nich – mówi prof. Jörg Eberhard z University of Sydney. – Zapalenie dziąseł uwalnia markery stanu zapalnego i bakterie do krwiobiegu ogólnoustrojowego, które mogą dotrzeć do łożyska i powodować zły przebieg ciąży, jak przedwczesny poród – podkreślił.

Aby zbadać, czy leczenie zapalenia dziąseł podczas ciąży wpływa na przebieg ciąży, naukowcy przeprowadzili przegląd systematyczny i metaanalizę trzech randomizowanych badań klinicznych obejmujących łącznie 1031 uczestników. Analiza danych wykazała, że nieleczonego stan zapalny w jamie ustnej miał szkodliwy wpływ na przebieg ciąży. I na odwrót – jeśli leczono zapalenie dziąseł przyszłej matki, ryzyko przedwczesnych narodzin jej dziecka zmniejszyło



się o około 44 proc., a także możliwy był wzrost masy urodzeniowej średnio o 100 gramów.

– Te odkrycia zwiększają nowy nacisk na wpływ dobrego zdrowia jamy ustnej na ogólny stan zdrowia, zwłaszcza kobiet w ciąży – skomentował dr Quynh-Anh Le, główny autor badania z School of Dentistry University of Sydney.

Wyniki badania „Does treatment of gingivitis during pregnancy improve pregnancy outcomes? A systematic review and meta-analysis” zostały opublikowane w „Journal of Oral Health and Preventive Dentistry”. ■

Źródło: dental-tribune.com

## Pobierz bezpłatnie

„Profilaktyka nowotworów jamy ustnej” to publikacja, która powstała po warsztatach zorganizowanych pod patronatem ERO podczas prezydencji dr Anny Lelli. Polskojęzyczna wersja podręcznika ERO jest już dostępna online – nieodpłatnie.

Praca została opracowana przy udziale specjalistów z całego świata, autorów i współautorów, którzy dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem na ten temat wizji zdrowia jamy ustnej zintegrowanego ze zdrowiem ogólnym. To m.in. Alexandra Perks, Doriana Agop Fornà, Eduardo Barreira, Jean Christophe Fricain, Luis Monteiro, Márcio Diniz Freitas, Michael Escudier, Norina Fornà, Pedro Diz Dios, Piali Das, Richard Cook, Rui Albuquerque oraz Saman

Warnakulasuriya. Opracowanie stanowi cenną pozycję wydawniczą, mogącą ułatwić lekarzom praktykom i chirurgom stomatologicznym identyfikację choroby i wczesną z nią walkę.

Publikacja ma zwięzłą i czytelną szatę graficzną. I co ważne, jest dostępna online bezpłatnie. Można ją znaleźć na stronie [www.gazetalekarska.pl](http://www.gazetalekarska.pl) oraz na naszym profilu facebookowym.

W wersji oryginalnej anglojęzycznej opublikowana została na stronie ERO. Doczekała się też portugalskiej edycji w Brazylii dokonanej przez ABCD (Associação Brasileira de Cirurgões-Dentistas).

Polskie wydanie ukazało się pod redakcją dr Anny Lelli oraz dr Haliny Borgiel-Marek. ■





# BIULETYN

NR 7 (207)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, X 2021

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

**UCHWAŁA Nr 20/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
zmieniająca 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 10 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 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r., zmienionej uchwałą nr 19/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 marca 2019 r., uchwałą nr 12/20/VIII z dnia 4 września 2020 r. oraz uchwałą nr 2/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r. w Regulaminie przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej stanowiącym załącznik nr 1 w § 4 dodaje się ust. 2a o brzmieniu:

„2a. W przypadku szkolenia odbywającego się przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość stypendium przyznaje się wyłącznie w kwocie pokrywającej opłatę za udział w szkoleniu.”

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
*Marek Jodłowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

**UCHWAŁA Nr 21/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady  
Lekarskiej w roku 2022**

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 2022:

28 stycznia, 25 lutego, 8 kwietnia, 3 czerwca, 2 września, 21 października, 16 grudnia.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
*Marek Jodłowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

**UCHWAŁA Nr 22/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
w sprawie wyboru firmy audytorskiej do  
przeprowadzenia badania sprawozdania  
finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 66 ust. 4 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, z późn. zm.) oraz art. 114 ust. 1 i 3 i art. 40 ust. 4 z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

**§ 1.**

Dokonać wyboru firmy KPW Auditor sp. z o.o. do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego Naczelnej Izby Lekarskiej za lata 2021 i 2022.

**§ 2.**

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

**§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
*Marek Jodłowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

**UCHWAŁA Nr 23/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
zmieniająca uchwałę w sprawie terminów  
posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2021**

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.**

W uchwale nr 17/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2021 wprowadza się następujące zmiany:

1) znosi się termin 10 grudnia;

2) wprowadza się termin 11 grudnia.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
*Marek Jodłowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

**UCHWAŁA Nr 24/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
w sprawie przyjęcia informacji  
o działalności samorządu lekarzy i lekarzy  
dentystów w 2020 r.**

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

**§ 1.**

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2020 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ  
*Marek Jodłowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

*Załącznik do uchwały – informacja o działalności samorządu w roku 2020 – jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl) w zakładce „Dokumenty”.*

**UCHWAŁA Nr 25/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
w sprawie odmowy uchylecia uchwały  
Nr 5/VIII/21 Okręgowej Rady Lekarskiej  
Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
w sprawie uzupełnienia składu Komisji  
Bioetycznej przy Bydgoskiej  
Izbie Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała, co następuje:

**§ 1.**

Odmawia się uchylecia uchwały Nr 5/VIII/21 z dnia 21 stycznia 2021 r. Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej w sprawie uzupełnienia składu Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej.

**§ 2.**

Uchwała jest ostateczna.

SEKRETARZ  
*Marek Jodłowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

**APEL Nr 4/21/VIII  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
z dnia 22 października 2021 r.  
do lekarzy i lekarzy dentystów**

Zwracając uwagę na znaczne przeciążenie lekarzy i lekarzy dentystów pracą spowodowane występującymi od wielu lat brakami kadrowymi w szczególności w publicznym systemie ochrony zdrowia, a także zwiększonym nakładem pracy w okresie pandemii, Naczelna Rada Lekarska apeluje do lekarzy i lekarzy dentystów o spojrzenie na kwestię bezpieczeństwa pacjentów przez pryzmat własnego stanu zdrowia, przemęczenia czy przepracowania podczas niesienia im pomocy.

Jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów zależą w dużej mierze od sił, koncentracji i staranności w działaniu lekarza i lekarza dentystry. Wydolność organizmu lekarza i lekarza dentystry, jak każdego człowieka, ma ograniczenia, a notoryczne ich przekraczanie wskutek ciągłej pracy zawodowej w wymiarze przekraczającym 48 godzin w tygodniu prowadzić może do utraty zdrowia, zmniejszenia koncentracji, a także zwiększenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Potwierdzeniem tego jest fakt, że na mocy decyzji ustawodawcy począwszy od stycznia 2028 r. praca lekarzy

i lekarzy dentystów w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień będzie niedopuszczalna. Praca w większym stopniu zaangażowania odbywa się również kosztem życia rodzinnego oraz utrudnia realizację obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego. Mając powyższe na uwadze, Naczelna Rada Lekarska rekomenduje lekarzom i lekarzom dentystom ograniczenie wymiaru zaangażowania zawodowego do poziomu, który nie będzie przekraczał granic bezpiecznych dla nich samych i ich pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska przypomina, że główną przyczyną tak dużego wymiaru czasu pracy i zaangażowania zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów jest ich niewystarczająca liczba w systemie ochrony zdrowia, co w szczególności dotyka publicznego systemu ochrony zdrowia. Podkreślić jednak trzeba, że podtrzymywanie wydolności systemu ochrony zdrowia nie może dłużej opierać się jedynie na zaangażowaniu lekarzy, lekarzy dentystów i innego personelu medycznego. Za organizację systemu i panujące w nim warunki odpowiadają rządzący. Zbyt wiele naszych Koleżanek i Kolegów przypłaciło pracę ponad siły własnym życiem i zdrowiem.

Naczelna Rada Lekarska apeluje do lekarzy i lekarzy dentystów, aby w tak trudnych warunkach pracy w systemie ochrony zdrowia

nie zaniedbywali swego zdrowia fizycznego i psychicznego, własnych rodzin, w sytuacji gdy rządzący nie zajmują się w dostatecznym stopniu ratowaniem niewydolnego systemu ochrony zdrowia.

Przepracowany i przemęczony lekarz, lekarz dentyista nie jest rozwiązaniem problemów systemu ochrony zdrowia. Przemęczony lekarz, lekarz dentyista może nie sprostać obowiązkowi działania z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów jak i jego własnego. Dlatego oczekujemy od rządzących podjęcia działań zapewniających taki poziom finansowania systemu ochrony zdrowia, który zabezpieczając potrzeby zdrowotne obywateli, będzie umożliwiał pracodawcom zapewnienie godnych warunków pracy i płacy lekarzom i lekarzom dentyistom pracującym w bezpiecznym dla pacjentów oraz ich samych wymiarze czasu pracy.

Naczelna Rada Lekarska oczekuje od rządzących zapewnienia lekarzom i lekarzom dentyistom bezpiecznych i godnych warunków wykonywania zawodu, bez utraty możliwości ustawicznego doskonalenia zawodowego, a także z zachowaniem czasu na życie rodzinne i niezbędną regenerację sił.

SEKRETARZ  
*Marek Jodlowski*

PREZES  
*Andrzej Matyja*

## KSZTAŁCENIE

# Fantom nie wystarczy

Co roku staż podyplomowy odbywa niemal cztery tysiące młodych lekarzy.

Lucyna Krysiak dziennikarz

**D**eficyt kadr medycznych występuje już w prawie każdej specjalności, począwszy od lekarzy rodzinnych, poprzez anestezjologów, onkologów, lekarzy medycyny ratunkowej, patologów, a kończąc na chirurgach. Ministerstwo Zdrowia szuka więc sposobów, by skrócić cykl kształcenia lekarzy i szybciej kierować ich do pracy w zawodzie. Jednym z nich ma być likwidacja stażu podyplomowego. Inicjatywa wyszła jednak z uczelni, które podczas Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych ogłosiły swoje stanowisko w tej sprawie, opowiadając się za zniesieniem stażu podyplomowego, czym wywołały burzę w środowisku.

## „Z MARSZU” DO PACJENTA?

Likwidacja stażu ma także zachęcać absolwentów uczelni, by zaraz po ukończeniu studiów przystępowali do Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i wcześniej rozpoczynali specjalizację. Resort zdrowia i uczelnie zaoszczędzą tym samym na finansowaniu praktycznej nauki zawodu, a rynek zyska większą liczbę lekarzy. Rzecz w tym, że lekarz kończący uczelnię, podejmuje pracę „z marszu” bez praktycznego doświadczenia, przeciw czemu protestuje coraz więcej studentów medycyny, lekarzy, ale też samorząd lekarski.

Roczny staż podyplomowy to czas dany lekarzowi, by mógł skonfrontować swoją uzyskaną w czasie sześciu lat nauki wiedzę z tym, co niesie rzeczywistość i zastanowić się, jaką specjalizację wybrać w przyszłości. Wprawdzie w obecnym systemie kształcenia studentów uczelni medycznych praktycznej nauce zawodu jest poświęcony szósty rok studiów, ale zdaniem młodych lekarzy ta praktyka to fikcja. Ośrodków akademickich dobrze wyposażonych w pracownie fantomowe służące do szlifowania praktycznej strony wykonywania zawodu jest garstka, a inne formy praktycznej nauki rozmywiają się gdzieś w 6-letnim systemie edukacji studentów medycyny. Istnieje



więc obawa, że wraz ze zniesieniem stażu podyplomowego świeżo upieczony lekarz będzie musiał leczyć bez należytego przygotowania. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zajęło zdecydowane stanowisko w tej sprawie, zaznaczając, że staż podyplomowy jest elementem niezbędnym do zapewnienia właściwego poziomu kształcenia. Zastrzegło jednocześnie, że jakakolwiek decyzja dotycząca stażu powinna być poprzedzona wszechstronną analizą skutków zarówno jego zniesienia, jak i zmiany zasad funkcjonowania.

Prezydium NRL krytycznie ustosunkowało się do przedstawionej na posiedzeniu KRAUM i popartej przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego propozycji zniesienia stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, przekonując, że staż podyplomowy jest nie tylko elementem niezbędnym do zapewnienia właściwego poziomu kształcenia lekarzy oraz lekarzy dentyistów na etapie przygotowania do samodzielnego wykonywania zawodu, ale też gwarantem realizacji prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości.

## STAŻ SIĘ OBRONI?

Już kilka lat temu uchwalono nowelizację przepisów, która miała doprowadzić do likwidacji stażu podyplomowego, jednak po stanowczych reakcjach samorządu lekarskiego, studentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego oraz

rektorów uczelni medycznych odstąpiono od tego pomysłu. Czy i tym razem uda się obronić staż podyplomowy? Wypowiadając się na łamach biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, dr. hab. Szczepan Cofta z Katedry i Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej UM w Poznaniu oraz przewodniczący Unii Szpitali Klinicznych podkreślił, że w przeszłości staż podyplomowy miał większe znaczenie niż obecnie, gdyż autentycznie umożliwiał asystowanie w czynnościach medycznych. To była szansa dla młodego lekarza, by np. „stanąć na hakach”, asystować przy porodzie, mieć kontakt z małymi dziećmi. Dzięki temu lekarz zyskał szerszą perspektywę przy wyborze dalszej drogi zawodowej i był bardziej świadomy tego wyboru. Obecnie – w opinii Szczepana Cofty – doszło do swego rodzaju erozji tego zjawiska. Rola stażysty w warunkach niedoborów kadrowych i szalejącej pandemii się zmieniła i aby staż mógł się obronić, trzeba dostosować go do realiów. Jego zdaniem stażystów należałoby kierować do izb przyjęć, szpitalnych oddziałów ratunkowych, chirurgicznych, a więc tam, gdzie są największe trudności z obsadzeniem dyżurów. Podkreśla też, że staż to integralna część szkolenia lekarzy i tak powinno pozostać. Stanowi niezbędne uzupełnienie wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów i to jest jego wartość niezmienna. ■

## OPINIE

# Twarzą w twarz z pacjentem

Dla lekarza wiedza teoretyczna zdobyta na studiach medycznych musi być poparta praktyką. Czy staż podyplomowy spełnia te oczekiwania?



prof. **Marek Krawczyk**  
rektor Warszawskiego  
Uniwersytetu Medycznego  
w latach 2008-2016

Byłem zaskoczony, że z tego, co udało się nam, rektorom uczelni medycznych, wywalczyć w 2015 r., by obronić staż podyplomowy, teraz uczelnie medyczne na własne życzenie chcą

zrezygnować. Jeśli rzeczywiście dojdzie do likwidacji stażu, odbędzie się to z ogromną

## Staż podyplomowy to bardzo ważna kontynuacja edukacji.

szkodą zarówno dla samych lekarzy, jak i pacjentów. Rozumiem uwagi krytyczne

dotyczące przebiegu staży podyplomowych, ale to tylko sygnał, że ich formułę trzeba poprawiać, usprawniać organizacyjnie, lepiej wykorzystywać młodych lekarzy. Staż podyplomowy to bardzo ważna kontynuacja edukacji, niezbędna dla przygotowania lekarza do zawodu i dla jakości kształcenia. Nie liczyłbym na to, że wraz z odejściem od stażu podyplomowego przybędzie nam kadr medycznych. Są to działania pozorne, obliczone na krótkotrwały efekt. ■



**Jerzy Friediger**  
członek Prezydium NRL

Zniesienie stażu podyplomowego może wyrządzić wiele złego. Młody lekarz kończący studia musi mieć chwilę na oswojenie się z pacjentami i staż to umożliwia. Tym bardziej, że coraz więcej zajęć na uczelniach medycznych ma charakter stricte teoretyczny. Powoływanie się

na doświadczenia innych krajów, które nie prowadzą staży podyplomowych, są w tym wypadku bezzasad-

## Młody lekarz kończący studia musi mieć chwilę na oswojenie się z pacjentami.

ne, ponieważ tam obowiązują zupełnie inne systemy edukacji na uczelniach medycznych. Przekonywanie, że nauczanie studentów medycyny jest w Polsce na tak

wysokim poziomie, że odbywanie stażu to strata czasu lub że zniesienie stażu spowoduje wzrost liczby lekarzy na rynku pracy, jest złudne. Owszem, jednorazowo będzie ich więcej, ponieważ zbiegną się dwa roczniki kończących studia, ale na tym koniec – bez względu na długość czasu kształcenia w każdym roku będziemy mieli tyle samo absolwentów. Uczelnie natomiast nie mają odpowiedniego zaplecza, aby prowadzić praktyczną naukę zawodu, jaką zapewnia staż, a szpitale przez ostatnie decyzje Ministerstwa Zdrowia dotyczące ich finansowania będą musiały ograniczać działalność lub będą likwidowane, a więc stracimy nie tylko bazę do leczenia, ale do kształcenia. ■

### KOMENTARZ



**Marek Szewczyński**  
Radca prawny NIL

Komentując zapowiedź ministra zdrowia (na razie tylko medialną), że staż podyplomowy lekarzy w Polsce ma zostać (po raz kolejny) zlikwidowany, w kontekście unijnego systemu

uznawania kwalifikacji zawodowych należy wskazać, że staż podyplomowy nie jest bezwzględnym wymogiem kształcenia lekarzy. Wynikająca z prawa UE (dyrektywa 2005/36/WE) harmonizacja kształcenia polega na ustaleniu minimalnych wymogów dotyczących kształcenia przeddyplomowego lekarzy, czyli do momentu ukończenia studiów i uzyskania dyplomu. Kształcenie to musi spełniać określone wymogi, które w odniesieniu do zawodu lekarza sprowadzają się w praktyce

do określenia minimalnego okresu studiów – 5 lat lub 5500 godzin nauczania. Oznacza to, że minimalne wymogi określone w dyrektywie są spełnione, jeżeli studia prowadzące do uzyskania dyplomu (w Polsce dyplomu z tytułem lekarza) spełniają powyższe wymogi. Jednocześnie państwa członkowskie UE mogą określać w prawie krajowym dodatkowe wymogi, które absolwenci medycyny muszą spełnić, aby uzyskać pełne kwalifikacje do wykonywania zawodu. Te dodatkowe



**Bartosz Szostak**  
stażysta w SPSK nr 2 PUM  
w Szczecinie

Staż podyplomowy ma sens dopóty, dopóki studenci medycyny są kształceni w systemie, w którym szósty rok studiów jest tylko teoretycznie praktyczny, bo prawda jest taka, że odbywają się w tym czasie zajęcia, na których nie widzi się pacjenta, co nie koresponduje z nabywaniem praktycznych umiejętności. Miałem to szczęście, że jako

student zdobywałem doświadczenie i teraz jako stażysta pracuję w szpitalu tymczasowym na Pomorzanach, mogłem więc przekonać się, że praktyka bardzo różni się od tego, co serwuje uczelnia. Wydaje się, że forma stażu daje więcej

### Wydaje się, że forma stażu daje więcej możliwości praktycznej nauki zawodu niż szósty rok szumnie nazywany rokiem praktyki lekarskiej.

możliwości praktycznej nauki zawodu niż szósty rok szumnie nazywany rokiem praktyki lekarskiej. Powinno się nas dobierać w parę i wraz z lekarzem opiekunem przeprowadzać przez cały proces terapeutyczny konkretnego pacjenta. A tak naprawdę sadzano nas przy komputerze i zlecano „papierologię”. Staż podyplomowy to jednak też los na loterii, zależy gdzie i do kogo się trafi. Może należałoby planować staże pod konkretne potrzeby lekarza i oprócz obowiązkowej pediatrii czy chirurgii uwzględnić zainteresowania związane z wyborem specjalizacji, tak jak jest w nowej formule stażu obowiązującej od 2022 r. ■



**Zyta Kaźmierczak-Zagórska**  
zastępca sekretarza NRL,  
wiceprzewodnicząca  
Komisji Kształcenia  
Medycznego NRL

Pierwszy sygnał, że resort zdrowia chce zlikwidować staż podyplomowy, dotarł do nas już w 2011 r. za sprawą sejmowej komisji budżetu i finansów, której członkowie zauważyli, że na następny rok nie zabezpieczono pieniędzy na staże podyplomowe dla lekarzy. To było za czasów Ewy Kopacz, ówczesnej minister zdrowia. Pierwsi absolwenci, których nie obowiązuje staż, mieli

opuścić uczelnie medyczne w 2018 r. Samorząd lekarski ostro oprotestował tę decyzję, podobnie jak środowisko akademickie oraz młodzi

### Staż podyplomowy bardziej więc wymaga modyfikacji niż likwidacji.

lekarze. Wskutek nacisków na ówczesnego ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła od 1 stycznia 2017 r. staż przywrócono, natomiast

zmieniono pewne zasady dotyczące kompetencji lekarza w trakcie stażu. Obecna sytuacja jest inna, ponieważ propozycja likwidacji stażu wyszła od rektorów uczelni medycznych, co jest zaskakujące. Chcę przypomnieć, że pisząc w poprzedniej kadencji NRL nowy projekt ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, zmieniliśmy niemal cały zapis dotyczący kształcenia, w tym kształcenia lekarzy na stażu podyplomowym. Jednak wraz z kolejną zmianą ministra, którym został Łukasz Szumowski, projekt powędrował do kosza, a następny mieli przygotować rezydenci. Staż podyplomowy bardziej więc wymaga modyfikacji niż likwidacji. ■

wymogi wiążą się zwykle z koniecznością odbycia stażu zawodowego (podyplomowego) lub złożenia egzaminu państwowego. W Europie staż podyplomowy lekarzy nie jest jednolitym zjawiskiem. Niektóre państwa takiego wymogu nie wprowadziły albo jakiś czas temu od niego odstąpiły (np. Niemcy w 2004 r., co było różnie oceniane). Staż podyplomowy funkcjonuje m.in. w Wielkiej Brytanii (tzw. foundation programme), Danii, Irlandii, na Litwie, w Szwecji.

O ile z prawnego punktu widzenia zniesienie stażu podyplomowego jest dopuszczalne, o tyle należy oczywiście dokonać rzetelnej oceny, czy jest to uzasadnione merytorycznie z punktu widzenia właściwego przygotowania absolwentów do samodzielnego wykonywania zawodu – samodzielnego, a więc również wiążącego się z pełną odpowiedzialnością zawodową, cywilną i karną. Warto pamiętać, że w Polsce staż podyplomowy (kiedyś jako pierwszy rok pracy pod

nadzorem innego lekarza) funkcjonuje od bardzo wielu lat i jest przez większość lekarzy traktowany jako przydatne, praktyczne uzupełnienie studiów. Nie byłoby chyba zasadne opieranie decyzji o zniesieniu stażu na kwestiach ekonomicznych albo na pewnych komplikacjach, jakie obowiązek odbycia stażu powoduje dla niektórych absolwentów polskich uczelni, szczególnie cudzoziemców studiujących w Polsce w języku angielskim. ■

# Kompleksowo i zgodnie ze standardami

Z dr. hab. Adamem Maciejczykiem, prezesem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

## Do niedawna na pytanie o stan polskiej onkologii odpowiadano, że powoli, ale się poprawia. Jak jest obecnie?

Sytuacja polskiej onkologii jest bardzo zróżnicowana. Z jednej strony obserwujemy dynamiczny rozwój ośrodków onkologicznych, zwiększenie dostępu do nowych technologii lekowych i nielekowych, wzrost liczby realizowanych badań klinicznych. Z drugiej – borykamy się ze znacznymi opóźnieniami w zakresie poprawy wyceny świadczeń onkologicznych, z trudnościami w procesie koordynacji opieki onkologicznej, niedoborami w koszykach świadczeń gwarantowanych. Są to wieloletnie zaniedbania, których nie udało się jeszcze rozwiązać.

## W jakim stopniu COVID-19 zmienił onkologię?

W początkowej fazie pandemii zmagaliśmy się z ryzykiem zakażenia personelu medycznego i koniecznością przeorganizowania pracy w szpitalach. Następstwami tych utrudnień był spadek liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne, diagnostyczne, a w efekcie również na leczenie. Ale już pod koniec trzeciej fali pandemii odnotowaliśmy znaczny wzrost liczby pacjentów onkologicznych zgłaszających się do naszych ośrodków i nie wynikało to ze zwiększonej zachorowalności na nowotwory, lecz z kumulacji zgłoszeń wcześniej wstrzymanych wizyt. Był to efekt przewyciężenia lęku przed zakażeniem – pacjenci zrozumieli, że dużo większym problemem jest pozostawienie choroby nowotworowej bez leczenia niż ryzyko zakażenia się koronawirusem. Trudno w tym krótkim okresie obserwacji dokładnie określić, w jaki sposób pandemia wpłynęła na przeżywalność chorych na raka, widzimy jednak niepokojącą tendencję wzrostową liczby pacjentów z zaawansowaną (głównie IV stopień) postacią raka płuca. Dlatego też musimy zrobić wszystko, aby szczególnie chronić tę grupę chorych.

## Onkologia dzieli się na wiele specjalności. W które z nich koronawirus uderzył z największą siłą?

Przede wszystkim ucierpiały specjalizacje zabiegowe. W realiach pandemii znacznie trudniej zorganizować zabiegi operacyjne, nawet w warunkach ambulatoryjnych, niż przeprowadzić np. napromienianie czy leczenie systemowe. Należy jednak podkreślić, że podstawą onkologii jest leczenie skojarzone. W trakcie pandemii najlepiej poradziły więc sobie



Dr hab. Adam Maciejczyk:  
– Chorzy na nowotwory potrzebują lepiej zorganizowanej opieki onkologicznej.

szpitale onkologiczne wyspecjalizowane w skoordynowanej diagnostyce i leczeniu onkologicznym. Świadczą o tym wyniki szczegółowych analiz danych z pilotażu KSO. Z naszych obserwacji wynika również, że konieczne jest usprawnienie koordynacji procesu diagnostyki pacjentów z podejrzeniem raka płuca. Znaczna ich część diagnozowana jest w szpitalach pulmonologicznych, które zbyt pochopnie zamieniane są na szpitale covidowe. To błąd. Powinny one skupiać się przede wszystkim na szybkiej diagnostyce raka płuca, leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i innych schorzeń układu oddechowego, w tym na opiece nad pacjentami z powikłaniami po zakażeniu koronawirusem.

## Co ucierpiało najbardziej – wczesna diagnostyka, dostępność do zabiegów operacyjnych czy nowoczesnych terapii?

Na początku pandemii, w wyniku wprowadzenia szeregu wewnętrznych zmian organizacyjnych, dostęp do diagnostyki zabiegowej i leczenia operacyjnego był utrudniony. Wprawdzie działania przeciwepidemiczne zminimalizowały ryzyko

zakażenia, ale wydłużyły czas realizacji wszystkich procedur, czego następstwem jest znaczny wzrost kosztów ponoszonych przez szpitale. Dotyczy to nie tylko kosztów dodatkowych środków ochrony indywidualnej, ale także kosztów osobowych. Dzięki szczepieniom, powoli, z zachowaniem procedur minimalizacji ryzyka zakażenia, wracamy do pełnej aktywności. Sporo jest jednak do nadrobienia, gdyż wydłużyły się kolejki oczekujących na leczenie.

### **PTO od co najmniej kilku lat widzi potrzebę zmian w organizacji polskiego systemu opieki onkologicznej...**

Chorzy na nowotwory potrzebują lepiej zorganizowanej opieki onkologicznej. Taką szansą jest dla nich wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej. W ramach sieci zaplanowano szereg bardzo konkretnych zmian, które w znacznej mierze dotyczą poprawy komunikacji z pacjentem, ale skupiają się również na standaryzacji diagnostyki i leczenia onkologicznego. Najważniejszą zmianą ma być stałe monitorowanie jakości realizacji wszystkich wdrażanych procedur. KSO jest ambitnym projektem, nie odbiega w swoich standardach od funkcjonujących już rozwiązań w Europie – mamy więc szansę zapewnić naszym chorym dostęp do systemu opieki onkologicznej opartej na najlepszych wzorcach europejskich. Na podstawie wyników pilotażu KSO, który przeprowadzono m.in. na Dolnym Śląsku, możemy stwierdzić, że to dobry kierunek zmian.

### **Chodzi o nadanie onkologii priorytetowego miejsca w systemie ochrony zdrowia czy o coś więcej?**

O nadaniu onkologii priorytetowego miejsca w systemie słyszy się od lat. Teraz mamy szansę stworzyć system opieki onkologicznej, który nie tylko zapewni jej odpowiednio wysoki standard, ale właściwy sposób monitorowania podejmowanych działań. Bez spójności obu tych mechanizmów nie poprawimy efektów leczenia.

### **Czy są różnice w standardach opieki pomiędzy dużymi centrami leczenia nowotworów i małymi, prowincjonalnymi ośrodkami?**

Różnice są znaczące, ale głównie wynikają z dbałości o realizację świadczeń medycznych na odpowiednim poziomie jakościowym. Niestety zdarza się, że duże szpitale, które, być może z uwagi na swą „niepodważalną” pozycję, nie chcą wdrażać mechanizmu oceny standaryzacji procedur. A małe szpitale często podejmują się samodzielnego decydowania o zastosowaniu danej terapii onkologicznej, mimo że nie mają w swoich strukturach wszystkich świadczeń z zakresu onkologii. Największym jednak problemem jest nieinformowanie pacjentów o tym, że dany szpital nie realizuje świadczeń, które powinny być im zaproponowane.

### **Czy w poprawie jakości świadczeń onkologicznych mogą pomóc różnego rodzaju certyfikaty?**

Na pewno tak, czego przykładem jest Dolnośląskie Centrum Onkologii, którym kieruję. DCO od tego roku legitymuje się tytułem Comprehensive Cancer Center (Kompleksowego Szpitala Onkologicznego) uzyskanym w ramach europejskiej certyfikacji IPAAC, czyli Innowacyjne Partnerstwo dla Działań w Zwalczaniu Raka (Innovative Partnership for Action Against Cancer). IPAAC to inicjatywa europejskiej Sieci Kompleksowej

## **Konieczne jest usprawnienie koordynacji procesu diagnostyki pacjentów z podejrzeniem raka płuca. Znaczna ich część diagnozowana jest w szpitalach pulmonologicznych, które zbyt pochopnie zamieniane są na szpitale covidowe. To błąd.**

Opieki Onkologicznej, której podstawowym celem jest rozpoznawanie innowacyjnego podejścia do diagnozowania i leczenia nowotworów. Nasz ośrodek jako pierwszy w Polsce podjął trzy lata temu starania o przyznanie tego certyfikatu. Przez ten czas szpital pracował nad doskonaleniem procedur i podniesieniem jakości leczenia pacjentów zgodnie z najlepszymi, europejskimi standardami. Równocześnie realizował pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, którego założenia były zbliżone z projektem IPAAC.

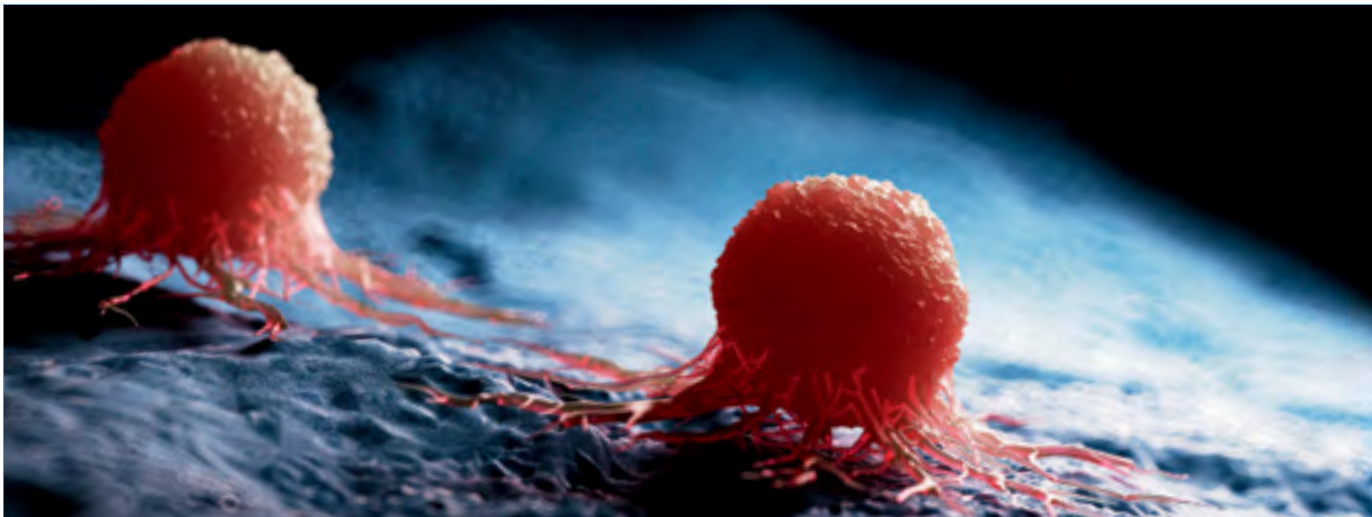
### **W przeszłości były podejmowane różne próby ratowania onkologii. Niestety, często nieudane. Czy teraz nie będzie podobnie?**

Dotychczasowe działania nie zawsze kończyły się fiaskiem, np. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZCHN) przyczynił się do unowocześnienia wyposażenia zakładów radioterapii w całej Polsce, zapewnił dostęp do diagnostyki genetycznej, kolonoskopii profilaktycznej itd. Był dużym sukcesem, ale za mało się o tym mówiło. Obecnie Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) przejęła działalność realizowaną dotąd przez NPZCHN i poszerzyła jej zakres m.in. o profilaktykę i edukację onkologiczną. Poprawa sytuacji onkologii zależy jednak od wielu czynników. W tej chwili największym wyzwaniem jest zorganizowanie kompleksowej opieki onkologicznej spełniającej europejskie standardy. Wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej może, w stosunkowo krótkim czasie, pozwolić na osiągnięcie tego celu. Kraje skandynawskie i Holandia, gdzie jest najlepsza dostępność do świadczeń oraz skuteczność leczenia nowotworów, postawiły właśnie na dobrze zorganizowaną opiekę onkologiczną, ale też przeznaczają tam wielokrotnie większe środki na onkologię niż w Polsce.

### **Czy mamy wystarczającą liczbę onkologów, aby realizować te ambitne cele, i czy lekarze chętnie specjalizują się w tej dziedzinie?**

Niestety, nie mamy w Polsce wystarczającej liczby specjalistów z zakresu onkologii i dotyczy to nie tylko lekarzy onkologów, ale pielęgniarek, fizyków, techników, psychologów, patomorfologów itd. Liczba wolnych miejsc rezydenckich jest 3-4-krotnie wyższa niż chętnych do specjalizowania się w tej dziedzinie. Praca z chorymi onkologicznie wymaga dużego zaangażowania, może stanowić duże obciążenie psychiczne i pewnie dlatego rzadziej wybierana jest przez młodych lekarzy. O tym, jak głęboki kryzys kadrowy przechodzi onkologia, świadczy fakt, że znalazła się ona na ministerialnej liście specjalizacji priorytetowych. Pamiętajmy jednak, że nie będziemy w stanie zachęcić młodych lekarzy do pracy w szpitalach onkologicznych, jeżeli nie stworzymy w nich odpowiednich warunków pracy. ■

# Siecią w raka



Plan Ministerstwa Zdrowia jest prosty: mierniki, wskaźniki i nowy system informatyczny pokażą, kto najlepiej leczy nowotwory, zmuszając szpitale do wprowadzania zmian. Jeśli tego nie zrobią, wypadną z Krajowej Sieci Onkologicznej.

**Mariusz Tomczak** dziennikarz

**P**owoli zaciska się kontrolna pętla nad ochroną zdrowia, w tym nad onkologią. Nie powinno to zaskakiwać, bo taki kierunek zmian od dawna zapowiada minister Adam Niedzielski, ekonomista specjalizujący się w metodach ilościowych, i nadzorujący działania resortu w zakresie reformy polskiej onkologii wiceminister Sławomir Gadomski, który posiada wykształcenie z zakresu finansów i matematyki finansowej. Spojrzenie tych, którzy leczą, i tych, którzy liczą, nie zawsze idzie w parze.

Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Mimo że o onkologicznym tsunami mówi się od lat, z wielu stron słychać opinie, że skala tego zjawiska nie jest traktowana z należytą uwagą.

## JAK KALISZ LUB LEGNICA

Z chorobą nowotworową rozpoznaną w ciągu minionych 15 lat żyje prawie 1,2 mln Polaków – to tyle, ilu mieszkańców mają Wrocław i Poznań razem wzięte, tzn. jedno z najliczniejszych polskich

miast. Szacunki mówią, że w ubiegłym roku chorobę nowotworową zdiagnozowano u ponad 180 tys. osób – to nieco mniej niż liczba mieszkańców Kielc, a więcej niż Gliwic czy Olsztyna. Z powodu nowotworów rocznie umiera ok. 100 tys. polskich pacjentów – to tyle, ile mieszka w Kaliszu czy Legnicy. Kiedy pochodzące z Krajowego Rejestru Nowotworów dane zestawia się z konkretnymi miastami i weźmie pod uwagę fakt, że w najbliższych latach te smutne statystyki mają nadal rosnąć (prognozy wskazują, że w ciągu obecnej dekady liczba pacjentów onkologicznych zwiększy się aż o jedną czwartą), nie powinno dziwić, że ten temat często porusza się w debacie publicznej. Od dawna opowiada o tym wiele znanych osób. Politycy też.

## PRÓŻNY LAMENT I JEGO SKUTKI

Premier Mateusz Morawiecki wspominał o onkologii zarówno w trakcie pierwszego, jak i drugiego exposé, a prezydent Andrzej Duda był akuszerem Narodowej Strategii Onkologicznej, czyli programu walki z rakiem na

lata 2020-2030 przyjętego przez rząd w ubiegłym roku. Najważniejszymi celami NSO są: wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie leczenia i po jego ukończeniu. W każdym z tych obszarów jest wiele do zrobienia. Jak dotąd debatowanie przez polityków o konieczności walki z rakiem nie przełożyło się na realne korzyści dla pacjentów onkologicznych. Od wielu lat ci ostatni, podobnie jak pomagający im lekarze, są mimowolnymi świadkami partyjnych przepychanek i bicia na alarm przybierającego formę próżnego lamentu – opozycja domaga się zakrojonych na szeroką skalę działań, a rząd przekonuje, że wiele już zrobiono, a aktualnie ciężko pracuje nad tym, aby zrobić jeszcze więcej.

## ILE WYDAJE SIĘ NA ONKOLOGIĘ?

Skuteczność leczenia onkologicznego w Polsce jest gorsza niż w większości krajów Unii Europejskiej, co stanowi



poważny sygnał alarmowy dla organizatorów naszego systemu ochrony zdrowia. Polscy pacjenci mają ograniczoną możliwość korzystania z opcji terapeutycznych w leczeniu nowotworów w porównaniu z innymi państwami, ponieważ sporo nowoczesnych leków nie jest u nas refundowana. Jak podaje Szwedzki Instytut Zdrowia i Ekonomii Medycznej, rocznie Polska wydaje na onkologię 96 euro na mieszkańca. Nie powinna dziwić różnica między nami i bogatszymi krajami Europy Zachodniej (Niemcy wydają 287 euro, Holandia – 274 euro), ale to, że odstawiamy od naszych sąsiadów, Słowaków (114 euro) i Litwinów (108 euro), a przede wszystkim Czechów (147 euro), którzy tak jak my pół wieku byli za „żelazną kurtyną” i przez ostatnie trzy dekady zmagali się z problemami podobnymi do naszych. Zgodnie z szacunkami rządu tegoroczne wydatki na onkologię wzrosną do ponad 12 mld zł. Mimo że pula środków w ujęciu nominalnym z roku na rok rośnie, co zresztą widać, jeśli się ją porówna z poprzednimi latami (7,8 mld zł w 2015 r., 4,8 mld zł w 2009 r.), to nie za bardzo poprawia się sytuacja pacjentów onkologicznych.

### **WKRÓTCE KONIEC PILOTAŻU KSO**

Obecna ekipa rządowa od kilku lat zapowiada gruntowne zmiany w zakresie organizacji opieki onkologicznej. Jej poprawa, obok zbyt niskiego finansowania, wskazywana jest od dawna za główną przyczynę gorszych wyników leczenia niż w wielu krajach UE. W grudniu zakończy się pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej trwający od 2019 r. w czterech województwach: dolnośląskim, świętokrzyskim,

podlaskim i pomorskim. Zdaniem wiceministra Sławomira Gadomskiego to poligon doświadczalny. Wprowadzenie pilotażu unaoczniło podział na dwa obozy: zwolenników i przeciwników tego rozwiązania. Po obu stronach znalazło się wielu cenionych onkologów, a także znane organizacje pacjenckie. Stanowisko w sprawie poparcia dla pilotażu wyraził m.in. Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej i Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej. Krytyczne opinie popłynęły m.in. z Polskiego Towarzystwa

## **Spojrzenie tych, którzy leczą, i tych, którzy liczą, nie zawsze idzie w parze.**

Kardio- i Torakochirurgów czy Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Każda ze stron miała w zanadru długą listę argumentów uzasadniających swój stosunek do pilotażu i planów wprowadzenia sieci. Ten głęboki podział w środowisku nie pierwszy i zapewne nie ostatni raz wskazuje, że ocena zmian w ochronie zdrowia nie jest prosta, jak czasami wydaje się niektórym pobieżnie znającym temat publicystom.

### **KTO MUSI PRZESTAĆ UDAWAĆ?**

Pełne efekty pilotażu poznamy dopiero w przyszłym roku, ale od dawna wiadomo o pewnych pozytywnych efektach jego wprowadzenia. Choć trudno w to uwierzyć, wkrótce po jego rozpoczęciu w jednej z placówek termin przyjęć

pacjentów skrócił się z kilku tygodni do kilku dni. Ten przykład pokazuje, że nawet bezkosztowa zmiana potrafi zdziałać cuda i być może niektórym pacjentom uratuje życie, ponieważ czas i szybkie rozpoczęcie leczenia mają w przypadku raka kluczowe znaczenie. To również ważny argument w dyskusji o kształcie przyszłej opieki zdrowotnej – dodatkowe nakłady na onkologię są na wagę złota i jest oczywiste, że lepiej, by pieniędzy było więcej niż mniej, ale jeśli za wzrostem finansowania nie pójdą zmiany w zakresie organizacji, to może się okazać, że część środków zostanie wyrzucona w błoto. Nie jest tajemnicą, że dane zbierane w ramach pilotażu nie zawsze są korzystne dla szpitali. Przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego dr hab. Adam Maciejczyk mówi wprost, że niektóre placówki powinny przestać udawać, że zajmują się onkologią, bo z tego nie wynika dodatkowa korzyść dla pacjentów.

### **CEL: KONCENTRACJA OPIEKI**

Pod koniec listopada zakończyły się konsultacje publiczne projektu ustawy o KSO, który ustanowi nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną dla dorosłych. Tak jak w przypadku wprowadzania pilotażu opinie były podzielone, tak i teraz pojawiło się sporo różnych głosów. Opisanie uwag i wątpliwości zajęłoby wiele miejsca, dlatego ograniczę się tylko do zacytowania niewielkiego fragmentu stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, które drobiazgowo odniosło się do projektu ustawy: „Dążenie do skoncentrowania opieki (...) może poprawić jakość opieki onkologicznej, ale wymagałoby znacznego zwiększenia ich zasobów kadrowych, lokalowych, wyposażenia i dostępności. Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy mają głównie charakter organizacyjny i bardzo ważne jest, aby na ich wykonywanie zapewnić dodatkowe i odpowiednie środki, umożliwiające także zatrudnienie dodatkowych osób, które mają wykonywać zadania opisane w projekcie”. W związku z tym, że resort wraz z częścią onkologów i ekspertów wiele czasu poświęcił na stworzenie i szlifowanie koncepcji KSO, wydaje się mało prawdopodobne, by uwzględnił większość uwag, która spłynęła w toku konsultacji publicznych, bo to wyrzuciłoby zasadnicze założenia sieci do góry nogami.

## **O co chodzi w reformie?**

Cała onkoreforma jest zaplanowana tak, by ocena opieki nad pacjentami onkologicznymi była prowadzona w podziale na poszczególne rozpoznania z uwzględnieniem mierników oceny opieki onkologicznej i wskaźników jej jakości, a na tym polu dość łatwo o odmienny punkt widzenia lekarzy i decydentów. Po wprowadzeniu w życie KSO w pewnym stopniu dojdzie do „wyrwania” części kompetencji zarządczych z rąk lekarzy na rzecz interdyscyplinarnego grona. Mierniki i wskaźniki decydujące o być albo nie być danej placówki w KSO określi ministerialne rozporządzenie i już teraz można się spodziewać, że po ich publikacji w środowisku się zagotuje. W przeciwieństwie do obowiązującej od kilku lat sieci szpitali (system PSZ), gdzie kwalifikacja odbywa się raz na kilka lat, w przypadku KSO weryfikacja spełnienia przez szpital minimalnych kryteriów decydujących o przynależności do danego poziomu zabezpieczenia opieki ma się odbywać co 24 miesiące, a to, czy szpital spełnia odpowiedni poziom wskaźników jakości, będzie sprawdzane co 12 miesięcy. Dokona tego rada na podstawie raportów opracowanych przez NFZ. To oznacza, że w niektórych placówkach może iskrzyć na tym tle co roku.

## CO SIĘ ZMIENI DLA PACJENTÓW?

Powołanie „koordynatorów opieki onkologicznej” w szpitalach należących do sieci będzie prawdopodobnie najważniejszą zmianą widzianą oczami pacjentów i ich najbliższych, którzy często aktywnie pomagają chorym na raka w poruszaniu się po meandrach systemu ochrony zdrowia. Ich głównym zadaniem będzie udzielanie informacji o organizacji procesu leczenia i jego koordynacja. Pod swoimi skrzydłami mają mieć nie więcej niż 40 pacjentów, u których rozpoczęto proces diagnostyczno-terapeutyczny w miesiącu. Jest to wprost zapisane w ustawie, co ma zapobiec przekształceniu się tej instytucji w fikcję. Drugą ważną nowinką będzie utworzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia „infolinii onkologicznej”. To tam pacjenci otrzymają wskazówki, gdzie się zgłosić i zapytają m.in. o czas oczekiwania na świadczenia w konkretnych placówkach. Szpitale należące do KSO mają prowadzić systematyczną ocenę satysfakcji pacjentów na podstawie ankiet. Na pierwszy rzut oka to coś banalnego, ale przy odrobinie dobrej woli ta zbędna papierologia, jak mówią krytycy, może okazać się cennym źródłem informacji zwrotnej od tych, dla których przecież działa każdy szpital. Oczywiście wiele zależy od tego, jakie pytania zostaną zawarte w ankietach i czy nie wykludzą one potem w koszu.

## NIE KAŻDY WEJDZIE DO SIECI

Z punktu widzenia lekarzy opiekujących się pacjentami onkologicznymi w szpitalach wprowadzenie KSO zwiastuje szereg zmian. Sieć utworzą Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (szpitale) oraz ośrodki kooperacyjne (placówki absolutoryjnej opieki specjalistycznej mające zawartą z NFZ umowę w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego). Szpitale określane skrótowcem SOLO (warto go zapamiętać, bo tak będą określane te kluczowe dla chorych na nowotwory) mają realizować świadczenia na trzech poziomach referencyjnych: III (wysokospecjalistycznym), II (specjalistycznym) i I (podstawowym). Ośrodki kooperacyjne będą udzielać świadczeń opieki onkologicznej w trybie ambulatoryjnym z wyłączeniem tych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

## Sprzęt i kwalifikacje

Tylko Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego i ośrodki kooperacyjne będą udzielać świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki onkologicznej dla dorosłych finansowanych ze środków publicznych – to jedno z kluczowych założeń ustawy, które niewątpliwie doprowadzi do ograniczenia jej rozproszenia. Twórcy sieci nie ukrywali, że to jeden ze sposobów na poprawę wyników leczenia, zmniejszenie liczby powikłań czy ograniczenie zbędnych kosztów. Trzeba jednak zaznaczyć, że w tym aspekcie nie ma konsensusu w środowisku lekarskim. Kwalifikacja na dany poziom zabezpieczenia opieki w ramach KSO odbędzie się w oparciu o minimalne kryteria określone w rozporządzeniu ministra zdrowia. Na razie ich nie znamy, ale wiadomo, że pod uwagę zostaną wzięte m.in. liczba i kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne. To może sugerować, że większość największych placówek zajmujących się od dawna diagnozowaniem i leczeniem nowotworów, przynajmniej na początkowym etapie powstania sieci, może być w miarę spokojna o swoją pozycję. Wykaz SOLO i ośrodków kooperacyjnych ma zostać ogłoszony do 30 czerwca.

## KTO ZAGRA PIERWSZE SKRZYPCE?

O tym, na którym poziomie zabezpieczenia opieki onkologicznej znajdzie się placówka, zdecyduje 15-osobowa Krajowa Rada Onkologiczna w porozumieniu z NFZ na podstawie danych wygenerowanych z nowo powstałego systemu informatyczno-analitycznego. Nie wszystkim się to podoba. Mimo że rada będzie działać w cieniu szefa resortu zdrowia, dla którego ma pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą, może się okazać ważnym ciałem nadającym ton polskiej onkologii w kolejnych latach. Skład zdominują przedstawiciele instytucji zależnych, choćby pośrednio, od szefa resortu. To oznacza, że w zakresie KSO pierwsze skrzypce bezsprzecznie zagra minister, a duży wpływ na jego decyzje z mocy ustawy zyskają bardziej specje od organizacji systemu niż np. konsultanci krajowi w dziedzinach onkologicznych czy przedstawiciele środowiska lekarskiego. W radzie znajdzie się po jednym specjalistą z zakresu onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, patomorfologii oraz ekonomii i finansów, dwóch przedstawicieli ministra zdrowia, dwóch wskazanych przez niego przedstawicieli z wojewódzkich ośrodków monitorujących (ich wykaz określi minister w drodze rozporządzenia na podstawie rekomendacji Rady), a także po jednej osobie z krajowego ośrodka monitorującego (taki status zyska Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie), NFZ, AOTMiT, NIZP-PZH, Rzecznika Praw Pacjenta i Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Dla rady przewidziano dość sporo zadań i być może to jest powodem, że jej członkowie otrzymają wynagrodzenie

w wysokości 3,5 tys. zł (maksymalnie) za każde posiedzenie, choć nie więcej niż 10,5 tys. zł miesięcznie. Można by rzec, że w radzie szykuje się praca co najmniej na pół etatu.

## OD PORÓWNAŃ NIE UCIEKNIEMY

Monitorowaniem kluczowych aspektów funkcjonowania opieki onkologicznej na poziomie krajowym zajmie się krajowy ośrodek monitorujący, tj. Narodowy Instytut Onkologii, a na poziomie wojewódzkim – ośrodek wojewódzki wybrany spośród SOLO III poziomu. Instytut ma m.in. opracowywać i aktualizować standardy i wytyczne postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz organizacyjno-jakościowego w onkologii, a także tworzyć propozycje mierników oceny opieki onkologicznej i wskaźników jej jakości. Zanim placówki zostaną zobowiązane do ich przestrzegania, trafią do zaopiniowania przez radę. Zupełną nowością będzie ustawowe zobowiązanie placówek wchodzących w skład KSO do corocznej publikacji raportu z informacjami o liczbie i zakresie udzielanych świadczeń, mierników oceny opieki onkologicznej i osiągniętych wskaźników jej jakości. W oparciu o te dane z pewnością powstaną rankingi, w których jedno szpitala będą oceniane lepiej, a inne gorzej, co będzie miało swoje dobre i złe strony. Te z samego końca listy mogą być piętnowane w mediach i na forach internetowych, a ich personel może spotkać niezastępowaną krytykę. Z pewnością nie zabraknie jednak opinii, że to dobrze, iż „zewnątrznie oczy” baczniej patrzą na efekty pracy medyków. Ustawa o KSO powinna zostać uchwalona w ciągu najbliższych miesięcy. ■



# Stawką jest jakość leczenia



Do końca listopada do okręgowych izb lekarskich wpłynęło około 600 wniosków o przyznanie PWZ w tzw. trybie uproszczonym od lekarzy pochodzących głównie z Ukrainy i Białorusi.

**Lucyna Krysiak** dziennikarz

**C**oraz więcej lekarzy z naszej wschodniej granicy stara się o zatrudnienie w polskich szpitalach na nowych zasadach: bez nostryfikacji dyplomów i konieczności zdawania egzaminu z języka polskiego.

Zezwalają im na to przepisy ułatwiające medykom spoza Unii Europejskiej podjęcie pracy w zawodzie z pominięciem dotychczas wymaganych procedur administracyjnych. System uproszczonego dostępu do wykonywania zawodu lekarza Ministerstwo Zdrowia zaczęło wdrażać pod koniec 2020 r. Zgodnie z nowymi przepisami można otrzymać zgodę ministra zdrowia na pracę w Polsce w zakresie wskazanym w jego

decyzji przez pięć lat, bez wykazywania znajomości języka polskiego, o ile lekarz złoży oświadczenie, że zna go w takim zakresie, by móc porozumiewać się z pacjentem i personelem medycznym, a w niektórych przypadkach nawet bez takiego oświadczenia.

#### **DROGA NA SKRÓTY**

Z założenia ułatwienia te miały przyczynić się do wypełnienia luk kadrowych, które w czasie pandemii SARS-CoV-2 są coraz bardziej odczuwalne, a w placówkach przekształconych w oddziały covidowe najbardziej. Jednak lekarze z wschodniej granicy przenikają do innych oddziałów, m.in. chirurgicznych, gdzie uczestniczą w operacjach, np. jako anestezjolodzy. Samorząd lekarski

krytycznie odnosi się do tego rodzaju praktyk, uważając, że jest to niebezpieczna droga na skróty.

– Głównie ze Wschodu trafiają do Polski lekarze o różnym poziomie wykształcenia i kwalifikacjach, bez specjalizacji lub specjalistów, którzy uzyskali te tytuły w swoich krajach, ale na zasadach, które różnią się od systemu specjalizacyjnego obowiązującego w Polsce, np. po rocznym czy dwuletnim szkoleniu. Ministerstwo Zdrowia, które stworzyło możliwość zatrudniania ich w Polsce w trybie warunkowym, robi wszystko, aby jak najszybciej trafili oni na rynek pracy, zatwierdzając wnioski bliżej nie analizując dokumentów dotyczących ich kwalifikacji. Kiedy jednak przyjdzie im się skonfrontować z izbą

lekarską, do której przychodzą po warunkowe prawo wykonywania zawodu, wychodzą na jaw różnice w ich poziomie wykształcenia – tłumaczy Wojciech Buxakowski, członek Prezydium Wielkopolskiej Izby Lekarskiej i przewodniczący Komisji ds. Rejestru Lekarzy WIL.

Często okazuje się, że oświadczenie o znajomości języka polskiego mija się z prawdą (mimo deklaracji bardzo słabo go znają i będą mieli trudności, by porozumieć się z pacjentem i personelem medycznym, z którym przyjdzie im pracować). Aby móc dokonać właściwej weryfikacji, izby lekarskie z każdym lekarzem ubiegającym się o pracę w Polsce w trybie warunkowym odbywają rozmowę. – Po takich rozmowach części z tych osób wydaliśmy warunkowe prawo wykonywania zawodu, potwierdzając ich wykształcenie, znajomość języka i chęć nostryfikacji dyplomu w przyszłości, ale jest dość liczna grupa lekarzy nieznaną obowiązków w Polsce prawa, nieświadomych, że mogą udzielać świadczeń medycznych tylko w jednostkach leczących chorych na COVID-19, przekonanych, że podejmą pracę zgodnie ze swoją specjalizacją, gdyż zgoda na zatrudnienie wydana przez ministra zdrowia im na to zezwala – wyjaśnia Wojciech Buxakowski i dodaje, że ta grupa może stanowić duże zagrożenie.

## LUKI KADROWE

Do końca listopada 2021 r. do okręgowych izb lekarskich wpłynęło ok. 600 wniosków od lekarzy, głównie z Ukrainy i Białorusi o uzyskanie uproszczonego prawa wykonywania zawodu. Wciąż ich przybywa. Coraz więcej szpitali, z uwagi na brak personelu medycznego, jest skłonnych się nimi posiłkować, niezależnie od tego, czy uzyskali oni prawo wykonywania zawodu, czy nie. Zgoda na pracę wydana przez ministra zdrowia jest dla nich wystarczająca.

– Zgodnie z tzw. ustawą covidową pieczęć nad nimi powinni sprawować polscy lekarze specjaliści, co wiąże się z odpowiedzialnością. Lekarze z warunkowym prawem wykonywania zawodu mogą pracować na takich zasadach tylko pięć lat. Mam wątpliwości, czy ten punkt zapisany w ustawie będzie wypełniany – zastanawia się Paweł Czekalski, prezes OIL w Łodzi, izby, która dotąd jako jedyna w Polsce nie wydała ani jednego warunkowego PWZ lekarzom cudzoziemców

spoza UE starającym się o zatrudnienie w szpitalach województwa łódzkiego. Prezes Czekalski uważa, że decyzja ta jest podyktowana m.in. tym, że minister zdrowia zaskarżył do Sądu Najwyższego uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej we fragmencie, w którym odnosi się do wydawania warunkowego PWZ i dopóki nie

## Do końca listopada 2021 r. do okręgowych izb lekarskich wpłynęło ok. 600 wniosków od lekarzy, głównie z Ukrainy i Białorusi o uzyskanie uproszczonego prawa wykonywania zawodu.

będzie rozstrzygnięcia w tej sprawie, OIL w Łodzi takiego dokumentu nie wyda. Jednak lekarze starający się o pracę w trybie uproszczonym mogą zgodnie z przepisami za zgodą ministra zdrowia wejść do systemu lecznictwa.

– Te nasze działania niewiele więc zmieniają, nawet gdybym się dowiedział, że taki lekarz nie wykonuje swojej pracy zgodnie z obowiązującymi standardami, nic nie mógłbym zrobić, bo nie jest on członkiem izby – zauważa Paweł Czekalski i zapewnia, że jeśli sąd utrzyma w mocy uchwałę NRL, będzie procedował wnioski o warunkowe prawa wykonywania zawodu z zastrzeżeniem, że jeśli starający się o nie lekarze nie będą spełniali warunków określanych w ustawie (chodzi o znajomość języka polskiego), wydawane będą odmowy. Nie zgadza się także z tym, że szpitale mają prawo zatrudniać lekarzy cudzoziemców tylko na podstawie zgody ministra zdrowia. – Izba będzie sprawdzała, czy spełniony jest wymóg przydzielania opiekuna w postaci polskiego lekarza specjalisty i czy ten prawidłowo wypełnia swoją rolę – podkreśla Paweł Czekalski.

## FURTKA DO NADUŻYĆ

Często ze strony rządzących słyszy się zarzut, że samorząd lekarski obawia się konkurencji ze strony lekarzy ze Wschodu, dlatego krytykuje wprowadzone ułatwienia. – Przede wszystkim chodzi nam o bezpieczeństwo pacjentów, ponieważ ustawa ta jest aktem prawnym stwarzającym możliwość do nadużyć, o czym już w tak krótkim czasie można

było się przekonać – twierdzi Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Uważa, że ryzyko niewłaściwego wykonywania zawodu przez lekarzy uzyskujących zezwolenie na pracę w systemie uproszczonym jest jak najbardziej realne, choćby właśnie ze względu na słabą znajomość języka polskiego.

Lekarze obcokrajowcy nostryfikujący w Polsce swoje dyplomy i zdający obowiązkowo w Naczelnej Izbie Lekarskiej egzamin z języka polskiego, wraz z otrzymaniem prawa wykonywania zawodu stają się członkami tej izby i podlegają takim samym prawom jak polscy lekarze i lekarze dentyści. Dotyczy to także odpowiedzialności związanej z wykonywanym przez nich zawodem. W przypadku lekarzy zatrudnionych w trybie uproszczonym, odpowiedzialność za ich uchybienia, również finansowe, ponoszą szpitale, a także opiekun specjalista. Ponieważ nie są oni członkami izby lekarskiej, nie podlegają odpowiedzialności zawodowej, więc tylko prokurator może im postawić zarzuty i wytoczyć sprawę przed sądem powszechnym.

Ministerstwo Zdrowia otworzyło puszkę Pandory, stwarzając lekarzom z zagranicy możliwość podejmowania pracy bez rzetelnej weryfikacji ich kwalifikacji. Z danych NIL wynika, że w Polsce brakuje 68 tys. lekarzy, głównie specjalistów. Lekarzy z zagranicy pracuje ogółem 1,7 tys. – Nie chodzi o to, aby blokować im dostęp do rynku pracy w sektorze usług medycznych, wręcz są oni bardzo potrzebni, ale o to, aby nie stwarzać możliwości do nadużyć, a będą się one pojawiały coraz częściej w różnych aspektach, głównie jednak dotyczących komunikacji z pacjentem i personelem medycznym oraz związanych z tym daleko idących konsekwencji. Częste będą błędy popełniane w zbieraniu np. wywiadu lekarskiego, gdzie znajomość języka ma kluczowe znaczenie – przestrzega Grzegorz Wrona i przypomina, że wykonując zawód lekarza, powinno się dążyć do podnoszenia standardów, a nie ich obniżania, a wprowadzenie daleko idących ułatwień w zatrudnianiu lekarzy cudzoziemców spoza UE, niestety, do tego prowadzi i otwiera furtkę do nadużyć. Ogranicza też możliwości reagowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej na przejawy łamania prawa przez zatrudnionych w trybie uproszczonym. ■

# Zanieczyszczenie powietrza a stłuszczenie wątroby

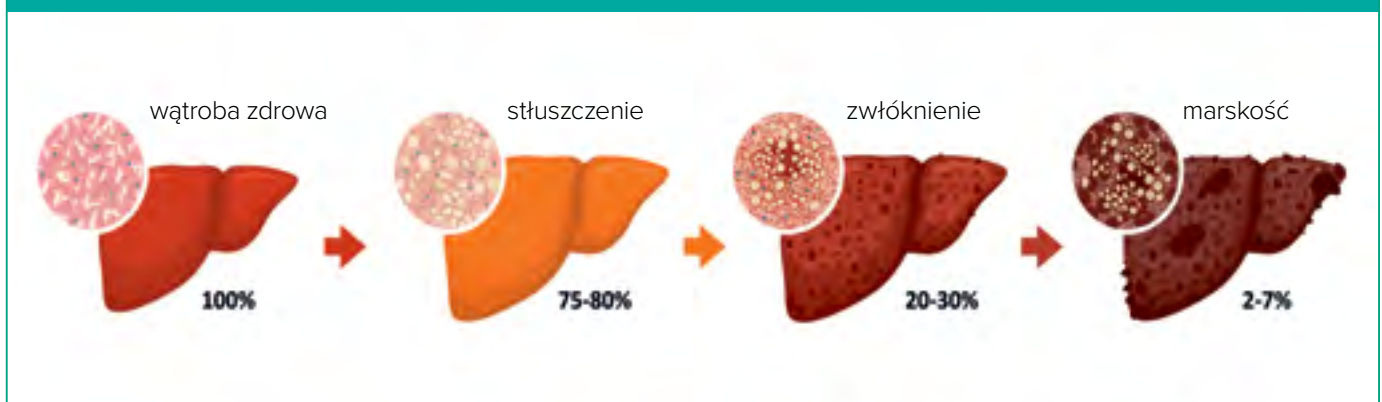
**B**adania epidemiologiczne przeprowadzone na dużą skalę w Chinach i opublikowane w „Journal of Hepatology” wykazały powiązania między długotrwałym narażeniem na zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego a stłuszczeniową chorobą wątroby związaną z metabolizmem (MAFLD).

cukrzyca typu 2 i zespół metaboliczny. Ponieważ dowody epidemiologiczne były ograniczone, postanowiliśmy przeprowadzić badania, by lepiej zrozumieć wpływ zanieczyszczenia powietrza na zdrowie ludzi, a także przeciwdziałać rozwojowi epidemii MAFLD – informuje.

Naukowcy przeprowadzili badanie epidemiologiczne potencjalnej roli

zanieczyszczeń powietrza na funkcje metaboliczne wątroby i pokrewne narządy – uważa dr Zhao. Naukowcy zauważyli ponadto, że aktywność fizyczna nie zmieniała zależności między zanieczyszczeniem powietrza a MAFLD. W przyszłych badaniach powinno się sprawdzić, czy czas, intensywność i forma aktywności fizycznej

## STADIA USZKODZENIA WĄTROBY



Od lat 80. XX w. częstość występowania MAFLD stale wzrasta, dotykając obecnie jedną czwartą światowej populacji i większość pacjentów z cukrzycą rozpoczynającą się w wieku dorosłym. W Azji wzrost MAFLD w latach 2012-2017 doprowadził do choroby 40 proc. populacji.

– Epidemia MAFLD odwzorowuje zmiany dokonujące się w środowisku oraz w stylu życia, które nastąpiły wraz z szybką industrializacją na całym świecie, zwłaszcza w wielu krajach azjatyckich – wyjaśnia główny badacz, dr Xing Zhao z Zachodniochińskiej Szkoły Zdrowia Publicznego. – Coraz więcej badań sugeruje, że zanieczyszczenie powietrza, które jest największym problemem środowiskowym, może zwiększać ryzyko zaburzeń metabolicznych, takich jak insulinooporność i dyslipidemia, a także chorób powiązanych, takich jak

**Zanieczyszczenie powietrza, najbardziej krytyczny składnik zanieczyszczenia globalnego, odpowiada prawdopodobnie za miliony zgonów rocznie na całym świecie.**

zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego w ryzyku MAFLD u ok. 90 tys. dorosłych Chińczyków, w oparciu o badanie bazowe China Multi-Ethnic Cohort (CMEC), prospektywnej kohorty, która objęła prawie 100 tys. uczestników w latach 2018–2019.

– Nasze odkrycia dają coraz więcej dowodów na szkodliwy wpływ

są w stanie złagodzić szkodliwe skutki negatywnego wpływu powietrza na wątrobę.

W redakcyjnym artykule towarzyszącym tej publikacji dr Massimo Colombo ze szpitala San Raffaele Liver Center w Mediolanie (Włochy) oraz dr Robert Barouki z Uniwersytetu Paryskiego (Francja) zauważyli, że ocena głównych czynników warunkujących śmiertelność na całym świecie według WHO plasuje globalne zanieczyszczenie powietrza na szczycie listy. Zajmuje ono wyższe miejsce niż palenie, spożycie alkoholu i główne choroby zakaźne. Uważają oni, że zanieczyszczenie powietrza, najbardziej krytyczny składnik zanieczyszczenia globalnego, odpowiada prawdopodobnie za miliony zgonów rocznie na całym świecie. ■

Źródło: eurekaalert.org

## REPORTAŻ



**Lidia Sulikowska**  
dziennikarz

# Mała Szwecja na Podlasiu

Wiedział, że istnieją w Polsce białe plamy, gdzie trudno o wsparcie systemu. W dużym mieście opieka nad osobami niesamodzielnymi jeszcze jakoś funkcjonuje, ale jak jest na wsi? Nie dawało mu to spokoju. Wyjechał na Podlasie, by pomagać godnie żyć w chorobie i umierać tym, o których świat zapomniał.

**D**zwoni telefon. – Dzień dobry, przeczytałem pani artykuł w „Gazecie Lekarskiej” na temat opieki senioralnej\*. I tak sobie pomyślałem, że zadzwonię, bo przecież na obszarze kilku podlaskich gmin nasze fundacyjne hospicjum domowe wdraża projekt opieki nad osobami zależnymi i nieuleczalnie chorymi, bardzo przypominający ten, o którym Pani pisała – ze Szwecji – słyszę głos w słuchawce.

– O, jak miło – pomyślałam i dopytuję o szczegóły. – Pomagamy osobom niesamodzielnym żyć w domu, wspieramy nieuleczalnie chorych, pacjentów po udarach. Jeśli interesuje panią temat starości na wsi i umierania, zapraszam do nas. Wszystko opowiem i pokażę, jak działamy – deklaruje mój rozmówca, Paweł Grabowski, specjalista medycyny paliatywnej, szef hospicjum domowego im. Proroka Eliasza w Michałowie.

Paweł Grabowski urodził się w Krakowie. Od zawsze chciał być lekarzem, ale podczas pierwszego podejścia rekrutacyjnego nie dostał się na studia lekarskie. Przepracował rok w szpitalu dziecięcym jako salowy. W kolejnym podejściu nie chciał już ryzykować ponownej porażki – zdecydował się więc na kierunek lekarsko-dentystyczny. Jak się później okazało – obawy były na wyrost, bo z osiągniętą liczbą punktów bez problemu dostałby się na wymarzoną medycynę. Ukończył jednak stomatologię, a dopiero potem kierunek lekarski. Przez

*Pewnie nie zdążysz mnie odwiedzić, nie powiem, o czym chcesz usłyszeć.*

*Choć tyle mógłbym opowiedzieć, Ty przyjmij tę, co po mnie – ciszę. (...)*

Paweł Grabowski

(„Ostatnie słowa Alonso Kichano” z tomu „Retrospekcje”)

jakiś czas związał swoje życie zawodowe z warszawskim Centrum Onkologii, a potem z lokalnym hospicjum domowym. Czegoś mu jednak brakowało, miał poczucie, że w dużym mieście opieka nad osobami niesamodzielnymi jeszcze jakoś funkcjonuje, ale na wsi? Nie dawało mu to spokoju. Wiedział, że w Polsce istnieją białe plamy, gdzie system już nie obejmuje tych najciężej chorych. Wyjechał na Podlasie i zaczął pomagać tym, o których świat zapomniał.

Kilka tygodni po naszej rozmowie telefonicznej jadę do Michałowa, niewielkiego miasteczka położonego w powiecie białostockim. To tutaj, na drugim piętrze lokalnej przychodni POZ, fundacja doktora Grabowskiego, pod auspicjami której działa wiejskie hospicjum, wynajmuje kilka pomieszczeń na piętrze. W jednym z pokoi moją uwagę przykuwa zdjęcie starszego mężczyzny w towarzystwie kilku innych osób. – To pan Leon, człowiek, który przez 13 lat sam opiekował się leżącą żoną. Kobieta do końca życia nie miała ani jednej odleżyny. To dla mnie prawdziwy bohater – wyjaśnia Paweł Grabowski. Na dłuższą rozmowę nie ma

jednak czasu, musimy jechać do pacjentów fundacyjnego wiejskiego hospicjum domowego.

## CIESZĘ SIĘ, ŻE JESTEŚCIE

Po około półgodzinnej jeździe docieramy do Jałówek. Mieszka tu pan Eliaz, ma ponad 90 lat, choruje na nowotwór prostaty. Jest pacjentem leżącym, w ciężkim stanie, choć jeszcze całkiem niedawno, bo w minione wakacje, chodził i był w całkiem niezłej formie jak na swoje lata. Na co dzień opiekuje się nim syn i synowa, których wspiera zespół z Michałowskiego hospicjum. Wczoraj była u niego psycholog. Przyjeżdżają też pielęgniarka i fizjoterapeutka. Dziś jest lekarz. Nadszedł czas na zmianę leków przeciwbólowych – dotychczasowe już nie pomagają.

Kolejny hospicyjny pacjent, do którego jedziemy, to pani Helena, rocznik '63. W 2014 r. zachorowała na raka narządów rodnych. W pokoju wypełnionym lekami i akcesoriami medycznymi widzę jej męża, Andrzeja. Dyskretnie go obserwuję. Opiekuje się żoną z takim spokojem i troską... Myślę sobie, jakie to niesprawiedliwe. Dlaczego niektórzy muszą tak cierpieć? Wiem, że są pytania, na które nie ma odpowiedzi.

Następny przystanek to Folwarki Tylwickie. Dołącza do nas fundacyjna pielęgniarka, Agata Sacharewicz. W jednej z chat już czeka kolejna pacjentka onkologiczna. Także z nowotworem narządu rodowego. Jest pod opieką hospicjum od około miesiąca. Kobieta mimo ciężkiej choroby zachowuje pogodę ducha. Ma

szczęście, bo ma kochającą, wspierającą rodzinę.

Kilka domów dalej pacjentka z rakiem piersi, nowotwór jest rozsiały po całym organizmie. Wolę nie myśleć, jak radziłaby sobie bez pomocy hospicjum. Na koniec wizyta u nowej podopiecznej. W łóżku 92-letnia kobieta, leży, nie ma z nią kontaktu, od kilku dni nie chce jeść, zaczęły pojawiać się odleżyny. Ostatni raz w szpitalu była 40 lat temu, choć nie chodzi już od kilkunastu lat. Nie bierze leków. Opiekuje się nią siostrzenica. – Cieszę się, że jesteście. Człowiek sam jest bezradny, nie wie, co ma robić – mówi. – Radzi sobie pani super – pociesza ją pani Agata, podłączając kroplówkę. Podpowiada, żeby cicię częściej przekręcać z boku na bok. Pokazuje, jak to robić, aby oszczędzać własny kręgosłup. Tłumaczy, czym nawilżać skórę, jakie opatrunki nakładać na odleżyny. Mówi, że fundacja może wypożyczyć materac przeciwoodleżynowy, a nawet łóżko specjalistyczne ułatwiające opiekę nad osobą leżącą.

– Ta praca jest trudna, wyczerpująca emocjonalnie, ale nadaje wyjątkowy sens mojemu życiu, bo wiem, że tym ludziom naprawdę można pomóc. Ulżyć w cierpieniu, dać większe poczucie bezpieczeństwa, ofiarować spokój. Rozmawiamy nie tylko na tematy medyczne i opiekuńcze. Padają też pytania o to, co dalej, jak będzie wyglądało umieranie. Trzeba umieć to unieść. Najczęściej ludzie nie boją się samego umierania, ale cierpienia, jakie może temu towarzyszyć. Boją się też, czy bliscy poradzą sobie po ich odejściu – opowiada Agata Sacharewicz. Jaki pacjent jest największym wyzwaniem? – Ten, który nie chce współpracować, nie

stosuje się do zaleceń. Bo wtedy trudniej pomóc – odpowiada.

### ROZMOWA, KTÓRA LECZY

Kolejny dzień, kolejni pacjenci. We wsi Krzywiec podopiecznym hospicjum jest mężczyzna, który trzy miesiące temu miał udar. Nie chodzi. Wymaga rehabilitacji. Rodzina dba o niego, jak potrafi i jak może. Jest łóżko rehabilitacyjne. Jakieś sprzęty do ćwiczeń. Niestety rehabilitacja z NFZ będzie dopiero za rok, taka kolejka. Próbują więc sami. Ale brakuje wiedzy. Opiekuje się nim żona. Daje leki, dba o higienę. Dzieci przyjeżdżają w miarę potrzeb, ale przecież muszą pracować. Doktor Grabowski zdecydował o przyjęciu mężczyzny pod opiekę hospicjum, choć nie jest to pacjent terminalny ani onkologiczny. Do chorego będzie przyjeżdżał fizjoterapeuta. Ten pacjent dostał szansę na powrót do sprawności. Widać radość i nadzieję.

Z kolei w Eliaszkach mieszka starsze małżeństwo. Ona już nie jest najsilniejsza, on nie ma nogi (powikłanie cukrzycowo-miażdżycowe). Po amputacji wymagał wsparcia systemu, którego zabrakło. Opowiada mi o pobycie w szpitalu, opiece na oddziale, której praktycznie nie było. Pampersy. Jeśli pacjent nie dał rady sam zjeść, nikt mu nie pomógł. Potem powrót do domu i bycie pod opieką wyłącznie schorowanej żony. Nie wstawał z łóżka. Zaczęły robić się odleżyny. Żona mocno podupała na zdrowiu. Byli bezradni. Mieszkają sami. Dzieci odwiedzają ich w miarę możliwości. To za mało. Dobrze, że michałowskie hospicjum wzięło ich pod swoje skrzydła. Mówią, że dzięki temu są zupełnie innymi ludźmi, odżyli. Udało się wyleczyć niemal wszystkie

odleżyny, pacjent dostał też aparat słuchowy. Jego żona ma rehabilitację, bo kręgosłup całkiem zniszczyła, opiekując się mężem. Regularnie przychodzą do nich opiekunka i pielęgniarka. – Tu nie chodzi tylko o pomoc fizyczną, rozmowa dużo dla nas znaczy – podkreślają oboje.

Pod opieką hospicjum są też osoby całkiem samotne. Zdarzają się też niestety chorzy, których bliscy nie radzą sobie z opieką. W takich sytuacjach często pojawia się agresja. Nie można być beczynnym, obojętnym. Do nich także docierają.

### NA WSI UMIERA SIĘ INACZEJ

Dlaczego ci wszyscy ludzie mogą liczyć wyłącznie na pomoc fundacyjnego hospicjum? – Tutaj, na wsi, nie sprawdzają się obowiązujące obecnie w kraju metody sprawowania opieki hospicyjnej i opiekuńczej. One są skrojone dla miasta. Na wsi choruje się inaczej i umiera się inaczej. To tereny pełne osób starszych, zupełnie niesamodzielnych. W niektórych wsiach najmłodszy mieszkańcy mają 70 lat. Młodzi wyjeżdżają za chlebem i trudno im się dziwić, bo tutaj nie czeka na nich nic innego prócz roślinności. Niestety opieka nad ludźmi zależnymi, którą powinny zabezpieczać gminy i NFZ, jest niewydolna. Tutaj odległości między jednym pacjentem a drugim są ogromne, więc aby działać sprawnie, potrzeba więcej ludzi i aut do przemieszczania się, a na to brakuje pieniędzy. Niemal połowa gmin nie zapewnia świadczeń opiekuńczych na Podlasiu. A bez pomocy osoby niesamodzielne sobie nie radzą. Tutaj bez samochodu, przy braku komunikacji, ani rusz. Staruszkowie są wykluczeni. To kryptoeutania – podsumowuje doktor Grabowski.



Wizyta u pacjenta w Eliaszkach



Doktor Paweł Grabowski z pacjentem – panem Mikołajem





Agata Sacharewicz, pielęgniarka hospicjum, z doktorem Pawłem Grabowskim w drodze na kolejną wizytę

Fundacja Hospicjum im. Proroka Eliaza zaczęła funkcjonować niemal dekadę temu. Działają w obrębie pięciu gmin: Michałowo, Narew, Narewka, Zabłudów, Gródek. To obszar ok. 2 tys. km kw. Start był trudny. Przez pierwszych pięć lat to wiejskie hospicjum domowe działało tylko dzięki datkom darczyńców. – Niestety kontrakty z NFZ są rozpisywane raz na pięć lat. My zaczęliśmy działać już po nowym rozdaniu funduszu, więc czekaliśmy długie lata na kolejną szansę, dla naszych pacjentów byłaby to wieczność. Przetrwaliśmy dzięki darczyńcom i własnej, ogromnej determinacji, poświęceniu całego zespołu. Aby wiązać koniec z końcem, dorabiałem na prywatnej praktyce stomatologicznej i w białostockim szpitalu na onkologii – opowiada Paweł Grabowski. Wszystko jest jednak po coś.

W 2017 r. w końcu udało się zdobyć kontrakt z NFZ. Było łatwiej, ale nie było dobrze. Chciał stworzyć hospicjum domowe, ale inne niż takie, na jakie pozwala fundusz. Nie takie, w którym opieką można objąć tylko kogoś, kto zachorował na raka, ma odleżyny albo cierpi na kilka innych chorób ujętych w hospicyjnym katalogu publicznego płatnika. Ludzie miewają przecież udary, amputowane kończyny, są przykuci do łóżka lub po prostu starość

nie pozwala im samodzielnie funkcjonować. Zdarza się, że umierają na choroby spoza rozporządzenia wymieniającego choroby, za które zapłaci płatnik. Nie chciał, aby umierali po cichu, zapomniani przez system, w samotności, bez opieki.

Na początku działalności fundacji udało się pozyskać grant unijny, dzięki któremu wdrożono nowy model hospicjum domowego działającego na terenach wiejskich. Głównym jego celem było włączenie do opieki hospicyjnej nie tylko chorych kwalifikujących się w ramach obecnych przepisów NFZ. Drugim ważnym celem projektu było włączenie do pracy hospicjum opiekunek. Nie wszędzie potrzebny jest lekarz czy pielęgniarka. Aby umyć, przynieść drewno na opał czy ugotować obiad lub po prostu porozmawiać, sprawdzić, czy niczego nie brakuje. Albo ulżyć nieco w obowiązkach opiekunowi domowemu. Wszystko po to, aby osoby niesamodzielne mogły jak najdłużej żyć we własnym domu. Godnie. – Model opieki, w ramach którego funkcjonujemy, jest efektywny kosztowo, ale wymaga połączenia finansowania pomocy społecznej i opieki hospicyjnej NFZ. Na to na razie jednak nie mamy co liczyć. Pozostaje więc finansowanie pacjentów spoza puli NFZ z datków ludzi dobrej woli. Bez tego

nie udałoby się spiąć budżetu – opowiada Paweł Grabowski.

A więc nie do końca jest tutaj jak w Szwecji, bo w krajach skandynawskich to jednak państwo przejmuje opiekę nad osobami zależnymi – zwracam uwagę.

### PRYZSTANEK KITURYKI

Do domu pana Mikołaja jedzie się kilkanaście kilometrów drogą leśną. Chata jest położona w środku lasu, w okolicy wsi Kituryki, żadnych sąsiadów. Starszy mężczyzna mieszka sam. Nie ma nogi, a jeszcze niedawno groziła mu utrata drugiej. Jak mówi dr Grabowski, ten człowiek ma pecha, bo nie kwalifikuje się pod opiekę hospicjum w ramach NFZ, bo nie ma raka ani odleżyn – Chcieliśmy ratować jego drugą nogę. W ramach NFZ opieka pielęgniarska nie mogła kilka razy w tygodniu do niego dojeżdżać, bo to nie jest opłacalne dla systemu. Nie został jednak sam. Zawalczaliśmy o tę nogę i udało się – opowiada dr Grabowski. Dziś jest wizyta kontrolna. Trzeba sprawdzić, jak goją się rany. – Dzień dobry. Doktor przyjechał. Jak życie? – Dobrze – odpowiada mężczyzna. – Noga też ma się świetnie – dodaje z uśmiechem

– Nie boi się pan żyć tak na końcu świata? – pytam. – Nie, ja tu całe życie jestem – odpowiada. Raz w tygodniu przyjeżdża tu sklep obwoźny. Do najbliższego sklepu stacjonarnego jest 5 km. Pan Mikołaj jeździ tam sam, na wózku inwalidzkim.

Kolejny przystanek to wieś Kutowa. Starsza pani mieszka sama, córka z zięciem odwiedzają ją co tydzień. Przywożą coś do jedzenia, przyniosą drewno. Ma duże problemy z chodzeniem i z pamięcią. To typowa osoba zależna, ale nie należy się jej opieka, bo nie jest nieuleczalnie chora. Ot, zwyczajne dolegliwości osoby starzejącej się. Jest pod opieką lokalnego lekarza POZ, ale wymaga pomocy usprawniającej, przede wszystkim fizjoterapii. I opiekunki. – Ma pani jakąś rehabilitację na NFZ? – pytam. – Mam skierowanie na oddział, ale miejsce dopiero za rok – odpowiada. To kolejna osoba, której może pomóc wyłącznie hospicjum, które funkcjonuje „poza systemem”.

Pod jego opieką jest obecnie ok. 40 pacjentów, z czego najwyżej połowa z nich jest finansowana z NFZ. W sumie w hospicjum pracuje ok. 30 osób. Czwooro lekarzy, pielęgniarki, opiekunki, fizjoterapeuci, psycholog, dietetyczka. Zespół liczny, bo obszar objęty pomocą jest rozległy, a miejsca zamieszkania pacjentów bardzo

oddalone od siebie. Dojazdy zajmują sporo czasu.

Jak układa się wam współpraca z lokalnymi lekarzami rodzinnymi? – pytam. – Różnie. Chęć współpracy zawsze ciejszy. Na przykład zadzwoniła do mnie pani doktor z POZ w Gródku i powiedziała, że ma pacjenta, który kwalifikuje się do hospicjum stacjonarnego, ale gdybyśmy dali radę dwa razy w tygodniu zapewnić mu opiekę pielęgniarską, a oni zabezpieczą kolejne dwa dni, to jeszcze uda się opiekować chorym w domu. To super podejście. Są jednak też tacy lekarze, którzy widzą tylko kontrakt.

### POMÓC SOBIE NAWZAJEM

Obecnie fundacja realizuje także drugi projekt unijny, skupiający się na wsparciu opiekunów domowych. – Tutaj to niezwykle ważne, bo zazwyczaj schorowanym starszkiem zajmuje się tak samo stary człowiek – najczęściej mąż/żona. Są wyčerpani fizycznie i psychicznie. Organizujemy im pomoc sąsiedzką, np. przy zrobieniu zakupów lub żeby ich gdzieś podwieźć, a dzięki wizycie naszych fundacyjnych opiekunek domownik opiekun może trochę odetchnąć. Co więcej, budujemy sieć składającą się z różnych organizacji, które na danym terenie działają – gminnych ośrodków pomocy społecznej, POZ-ów, służb mundurowych, kół gospodyń wiejskich. Staramy się wszystkich ze sobą poznać i zobaczyć, co każdy może od siebie dać – tłumaczy Katarzyna Zdąnowska, koordynator projektu.

W ramach sieci organizowana jest nieodpłatna pomoc dla podopiecznych fundacji. Co udało się już zrobić? – Na przykład panu Mikołajowi, który mieszka sam, Spółdzielnia Michałowianka posprzątała mieszkanie, wykosili trawę wokół domu. Pojechałam też do księdza, który przekazał dla niego artykuły spożywcze. Sama wymieniałam mu firanki, dałam ciepłą kołdrę – opowiada Irena Szwarz, fundacyjny koordynator opieki osób zależnych. – Z kolei wolontariusze z DPS w Jałowiec oczyścili zarośniętą drogę do innej z moich podopiecznych, a na dodatek uporządkowali jej ogród i zrobili parking ziemny przed domem. Pomagam też wypełniać wnioski na zasiłek pielęgnacyjny czy dodatek do emerytury, albo na zakup rampy podjazdowej dla osoby poruszającej się na wózku. Staramy się też zdobyć schodołaz, czyli pojazd gąsienicowy dla mężczyzny mieszkającego w bloku, który porusza się na wózku.

Panie z kół gospodyń wiejskich angażują w pomoc na zasadzie opieki wytchnieniowej dla opiekunów domowych naszych pacjentów – dodaje pani Irena.

### DOKTOR EWA

Kiedy jesteśmy w drodze do kolejnego pacjenta, do Pawła Grabowskiego dzwoni doktor Ewa Stankiewicz – lekarka ma niestety koronawirusa i nie możemy się z nią spotkać. Kobieta jest związana z hospicjum od samego początku. Na co dzień pracuje w szpitalu w Białymstoku, a w wolnych chwilach przyjeżdża tutaj, na wieś. Jest ogromnym wsparciem dla hospicjum. – My tu nie traktujemy wizyt na zasadzie zaliczenia procedury i zdobycia kolejnego punktu do kontraktu. Zależy nam na budowaniu autentycznej relacji, i to nie tylko z pacjentem, ale też z jego bliskimi. Być i towarzyszyć to najważniejsze. Co więcej, nie jest tak, że pacjent umiera i wszystko się kończy. Mamy nadal wspólny kontakt z rodziną zmarłych. Tak jak w przypadku pani Gabrysi – młodej kobiety, która zmarła na raka jajnika. Do dziś utrzymujemy kontakt z jej dziećmi – opowiada pani doktor. Jak pacjenci reagują na to, że ich czas tu, na ziemi, się kończy? – Ile ludzi, tyle umierania. Każdy radzi sobie inaczej. Jedni są spokojni, tak jak nasza pani Nadziejka, stuletnia pacjentka, która chciała umrzeć, żeby już iść do swoich. Była przygotowana na śmierć. Inni się buntują, boją, mają niezłatwione sprawy. Ale najtrudniej jest zawsze tym, którzy zostają – uważa moja rozmówczyni.

– Strasznie mnie boli to, co się dzieje z ludźmi obłożnie chorymi w naszych szpitalach. Żle działo się też przed pandemią, ale teraz jest dramatycznie. Ludzie bywają tam potężnie upokarzani. Mieliśmy mnóstwo pacjentów rozjechanych przez system. Jeden z moich pacjentów, płacząc, powiedział mi, że zwrócił się do pielęgniarki „siostró”, a ta w geście obrzydzenia odwróciła się na pięcie i nie zajrzała

do niego przez następnych kilkanaście godzin. Nienapojony, leżał we własnych ekskrementach. Niestety, postęp moralny człowieka nie idzie wraz z postępem technologicznym. Na pewno wpływ na takie zachowania ma przeciążenie pracą, ale też generalne podejście do pacjenta w naszym kraju. Dopóki to nie pacjent, a NFZ, dyrektor szpitala czy nasz ordynator będzie w centrum uwagi, nic się nie zmieni. Zapominamy, dla kogo pracujemy – uważa doktor Grabowski.

Czy pandemia bardzo wpłynęła na waszą pracę? – Nasza praca jest specyficzna, tu kontakt z pacjentem w większości przypadków nie może być zastąpiony przez teleporadę. Prawdziwie głęboka komunikacja z chorym, który niebawem może umrzeć, jest bezcenna. A tę można realizować tylko osobiście. Wdrożyliśmy zabezpieczenia ochronne, żeby uchronić podopiecznych i siebie przed ewentualnym zakażeniem, ale nie przestaliśmy jeździć do pacjentów – opowiadają.

### BEZ MARZEŃ NIE ZMIENIMY RZECZYWISTOŚCI

Wspierają na tyle, na ile to możliwe. Rzadko zdarza się, że odmawiają pomocy – to sytuacje, gdy widzą, że chory wymaga opieki całodobowej, której nie są w stanie zapewnić. Umieranie w domu jest możliwe przy wydolnej opiekuńczo rodzinie. Gdy jej nie ma, pojawia się problem. Właśnie dla takich osób budują hospicjum stacjonarne. Budynek powstaje w Makówce. – Zaczęliśmy w 2019 r. W pierwszym kwartale 2022 r. chcielibyśmy otworzyć główną część budynku i przyjąć pierwszych chorych. Będą pokoje dwuosobowe z bezpośrednim wyjściem na ogród. Docelowo zaplanowaliśmy ponad 30 miejsc. Cała inwestycja powstaje z darowizn. Na jej pełne dokończenie brakuje jeszcze 3 mln zł. ■

\* (nr 10/2021 „O pacjentach szczególnych” – przyp. red.).



## NAUKA W PIGUŁCE

# Szczepionka mRNA przeciwko boreliozie

**Obiecujące wyniki przynoszą badania na świnkach morskich nad szczepionką mRNA przeciw kleszczom. Powoduje ona wczesne odwarstwienie i zmniejszoną transmisję patogenów wywołujących boreliozę.**

Erol Fikrig z Yale University i jego współpracownicy opracowali szczepionkę, która „trenuje” układ odpornościowy w odpowiedzi na ukąszenia kleszcza, wystawiając go na oddziaływanie 19 białek znajdujących się w ślinie kleszczy. Szczepionka

zawiera cząsteczki mRNA, które instruują komórki, aby wytwarzały te białka.

U świnek morskich, którym podano szczepionkę przeciw kleszczom, pojawiły się czerwone, swędzące wysypki, kiedy zostały ugryzione przez kleszcze. To sugeruje, że ich układ odpornościowy zareagował. Kleszcze miały również tendencję do przedwczesnego odłączania się bez wysysania tak dużej ilości krwi, jak zazwyczaj. Następnie naukowcy umieścili kleszcze przenoszące bakterie wywołujące

chorobę na zaszczepionych i niezaszczepionych świnkach morskich. Kleszcze usunięto ze szczepionych zwierząt, gdy pojawiły się wysypki skórne – zwykle w ciągu pierwszych 18 godzin – i żadna z nich nie została zakażona bakterią, podczas gdy połowa niezaszczepionych świnek została zarażona.

Naukowcy mają nadzieję, że odkrycie to otworze drogę do badań klinicznych na ludziach. ■

Źródło: newscientist.com

## Demencja i zaćma

**Wyniki badań zgłoszone 6 grudnia w „JAMA Internal Medicine” łączą operację zaćmy z o 30 proc. mniejszym ryzykiem demencji.**

„Adult Changes in Thought” (ACT) to długotrwałe badanie obserwacyjne, prowadzone przez naukowców z Kaiser Permanente Washington, obejmujące ponad 5 tys. uczestników w wieku powyżej 65 lat. Naukowcy odkryli, że osoby, które przeszły operację zaćmy, miały prawie 30 proc. mniejsze ryzyko rozwoju demencji z University of Washington School of Medicine, główna badaczka. Naukowcy stawiają hipotezę, że po operacji zaćmy ludzie uzyskują lepszej jakości bodźce czuciowe, co może mieć korzystny wpływ na zmniejszenie ryzyka demencji. – Wyniki te są zgodne z twierdzeniem, że bodźce czuciowe do mózgu są ważne dla jego zdrowia – wyjaśnia współautor badania, dr Eric B. Larson.

Wyniki tych badań dają mocne argumenty za dalszym prowadzeniem badań nad związkiem oko-mózg w demencji. ■

Źródło: eurekaalert.org

## BADANIE PRZEDMIOTOWE

# Klątwa le Bruna

Gdyby kiedyś powstał poradnik dla przyszłych adeptów sztuki lekarskiej z cyklu „Wszystko, co chcielibyście wiedzieć o medycynie, ale wstydziecie się zapytać”, jego pierwszy rozdział – jestem tego pewna – nosiłby tytuł „Klątwa le Bruna”.



**Joanna Sokołowska** pediatra, felietonista

**W** historii polskiej medycyny pan doktor Aleksander Antoni le Brun, od 1840 r. naczelny lekarz warszawskiego szpitala Dzieciątka Jezus, zapisał się między innymi jako nieustraszony pogromca kołtuna, po łacińsku wdzięcznie zwanego „plica polonica”.

Pandemia COVID-19 jaskrawo pokazała, że walka z ciemnością i zabobonem niestety nadal wpisuje się w aktualny kanon lekarskich powinności. Ale nie z tego powodu ośmieliłam się wykorzystać sylwetkę tego koryfeusza polskiej medycyny na swoje pismacze potrzeby.

Jako że doktor le Brun specjalizował się w chirurgii, obcinał nie tylko kołtuny. A co obciął, to opisał. We współtworzonym przez siebie „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” znajduje się około dwustu publikacji jego autorstwa. A żeby mu się obcinało łatwiej (że o komforcie pacjenta nie wspomnę), został polskim prekursorem użycia eteru i chloroformu. Wprowadził te specyfiki w znieczuleniu do operacji już w kilka miesięcy po ich światowej premierze. I jeszcze, żeby mu nikt w obcinaniu nie przeszkadzał, przeniósł operacje z sali chorych do specjalnie w tym celu przeznaczonego pomieszczenia. Można więc chyba śmiało uznać go za twórcę sali operacyjnej – miejsca, które dziś wydaje się nam w szpitalu czymś zupełnie oczywistym. Ale i nie o nowatorstwo, odwagę i stałe doskonalenie zawodowe, niezbędne w lekarskim fachu, chodziło mi, gdy uczyniłam doktora le Bruna patronem dzisiejszego felietonu.

Antoni le Brun z pasją dokumentował swoje działania. Oprócz publikacji naukowych były to na przykład coroczne sprawozdania z pracy szpitala. Obejmując zaś stanowisko naczelnego lekarza, wprowadził także obowiązek codziennej wizyty lekarskiej i sporządzania pisemnych obserwacji stanu zdrowia każdego pacjenta.

Wyobrażam sobie, jak brodac podwładni profesora le Bruna kaligrafują z namaszczeniem swoje spostrzeżenia, dając pożywkę późniejszym naukowym dywagacjom. Jako zagorzały kinoman widzę zaś po prostu, jak w słabo oświetlonym gabinecie lekarskim, wśród spiętrzonych stosów kart i teczek, z analizy notatek wyłaniają się idee nowych metod leczenia! Ach, jakie to romantyczne!

Jak jednak powszechnie wiadomo, dobrymi chęciami wybrukowana jest droga wiodąca w niezbyt przyjemne rewiry... Nie wdawajmy się więc, proszę, w kwestię szlachetności pobudek kierujących doktorem le Brunem. Swym pomysłem – pewnie niechcący – rzucił bowiem klątwę dokumentacji medycznej na wszystkie dalsze generacje tych, którzy postanowili swe życie poświęcić uzdrawianiu bliźnich. I tak medycy, pokolenie za pokoleniem, piszą, piszą i piszą... aż zaczynają wprost marzyć o tym, by rzucić to pisanie i zwyczajnie, zgodnie z regułami lekarskiego rzemiosła, coś komuś obciąć lub uratować przed obcięciem...

I ja nie byłam świadoma tego, że dyplom lekarski, oprócz dumnie zawieszzonego na szyi stetoskopu i pobrząkującej w srebrnej „trumience” pieczętki lekarskiej, zobowiązuje do tego, żeby zawsze mieć w kieszeni długopis (lub lepiej kilka długopisów) i... klej do papieru. Bo gdy z jasnym czołem i wiarą we własne siły i możliwości wkraczałam na kręte zawodowe ścieżki łapiducha, nikt nie krzyknął: „będziesz pisać i kleić”! Pisałam więc, czytelnie lub „pismem lekarskim”, i kleiłam – z lepszym lub gorszym skutkiem – karty obserwacji i wyniki badań, finalnie zwane dumnie „historią choroby”. A wraz ze mną pisali i kleili koledzy wszystkich specjalności – choć muszę przyznać, że wbrew oczekiwaniom pana le Bruna tak zwani zabiegowcy pisali jakby bardziej lapidarnie i kleili z mniejszym zaangażowaniem.

Wydawać by się mogło, że wprowadzenie dokumentacji elektronicznej odwróci przekleństwo. Pisanie stało się przecież łatwiejsze i mniej czasochłonne (oraz bardziej czytelne), a klejenie nie brudzi palców, odkąd wynaleziono metodę „kopiuj/wklej”.

Porzucicie jednak nadzieję ci, którzy wkraczacie na ścieżkę eskulapa! Porządna klątwa zawsze się obroni... Z roku na rok, jak grzyby po deszczu, powstają nowe dokumenty do wygenerowania i formularze, które trzeba wypełnić. Oprócz starej, pocziwej „karty zleceń lekarskich” mamy już karty obserwacji i monitorowania wszystkiego (bo tak wiele parametrów i objawów możemy obserwować i monitorować), ankiety oceny ryzyka (a ryzyko jest niemałe, przyzna to każdy – i lekarz, i pacjent) i formularze zgody i satysfakcji (bo można się zgodzić lub nie, bez względu na osiąganą satysfakcję). Toniemy więc w dokumentacji – częściowo archaicznie papierowej, częściowo elektronicznie dążącej do nieskończoności. I szkoda tylko, że to wysiłek na marne, bo służący tylko prawnikom i urzędnikom Narodowego Funduszu Zdrowia. ■



# Medycyna dwóch prędkości



**Stawomir Badurek**  
diabetolog,  
publicysta medyczny

**Nie ulega wątpliwości – trzeba kształcić więcej lekarzy. Wymuszają to potrzeby starzejącego się społeczeństwa, ale i postęp nauk medycznych.**

**D**ziś każda dziedzina medycyny oferuje bez porównania więcej niż dwadzieścia czy trzydzieści lat temu, nie wspominając o bardziej zamierchłej przeszłości. Jest to przy tym oferta kierowana do coraz szerszych kręgów. Także osób leczących i mocno schorowanych.

Przypominam sobie, jak na zajęciach z interny badaliśmy pewnego utytułowanego profesora uniwersytetu. To była jedna ze sztandarowych postaci tej uczelni. Urodzony na przełomie wieków humanista, którego biogram umieszczono w jednym z tomów Encyklopedii PWN, znajdującej się wtedy w każdym inteligentnym domu. Ów profesor umierał na mocnicę. Wtedy, pod koniec lat 80. ubiegłego stulecia, nie było mowy, by włączyć mocno zaawansowaną wiekowo osobę do programu dializ. Dziś takich ograniczeń nie ma. Policzyłem nie tak dawno, jak w ciągu ostatniej dekady zmieniała się średnia życia pacjentów, hospitalizowanych na kilku wybranych oddziałach mojego szpitala. Otóż zwiększyła się o dekadę i oscyluje wokół 70. r.ż.. To nie są chorzy, którzy zajmują szpitalne łóżko, by uzupełnić płyny i elektrolity, choć oczywiście i takich nie brakuje. Zdecydowanie dominują korzystający z różnego rodzaju specjalistycznych procedur medycznych. Leczący coraz większe rzesze schorowanych starszaków lekarze to przy tym coraz częściej osoby, które same powinny cieszyć się tzw. spokojną starością.

Nie da się tej stale powiększającej się wyrwie między potrzebami a możliwościami choćby nie pozwolić rosnąć bez solidnej dozy desperacji. Chodzi tylko o to, by w tym szaleństwie była metoda. Na razie widać wyłącznie żywioł. Za naszą wschodnią granicą, szczególnie na Białorusi i Ukrainie, nie brakuje lekarzy polskiego pochodzenia, niemających problemów z komunikowaniem się w naszym języku. Bez wielkiego trudu można by ich odszukać, zachęcić do powrotu do ojczyzny przodków, po przeprowadzce zaproponować dobrze zaplanowaną zawodową adaptację. Tymczasem ściągają się do Polski wszystkich, którzy się nawiną. Nikt nie sprawdza nie tylko wiedzy, ale i znajomości języka. Wystarczy deklaracja ze strony zainteresowanego. Kierowany przez ministerstwo do pracy w konkretnym szpitalu lekarz musi mieć w placówce opieku-

na – specjalistę, który ma za zadanie nadzorować jego pracę. To znów najczęściej tylko teoria. Jeden z kolegów ze szpitala w regionie opowiadał, że u nich na SOR-ze pracuje nowy ze Wschodu. Dyrekcja, owszem, jest bardzo zadowolona. Koleżanki i koledzy po fachu znacznie mniej, bo nowo zatrudniony polskim nie włada w stopniu umożliwiającym np. wyjaśnienie problemu klinicznego przy przekazywaniu pacjenta dyżurującemu następcy lub konsultantowi. Mamy na szeroko pojętym Zachodzie liczną lekarską Polonię. Czy znacie Państwo jakieś ministerialne działania służące ściągnięciu jej przedstawicieli do Polski, bo może jestem niedoinformowany?

Słów kilka na temat planów otwierania kierunków lekarskich w „zawodówkach”. Skoro mamy dziś wydziały lekarskie w kame-

**Nie da się stale powiększającej się wyrwie między potrzebami a możliwościami nie pozwolić rosnąć bez solidnej dozy desperacji. Chodzi tylko o to, by w tym szaleństwie była metoda.**

ralnym Opolu i niewiele większej Zielonej Górze, gdzie jeszcze mielibyśmy kształcić lekarzy? Czy to aż tak wielki wysiłek zrozumieć, że nie da się wykształcić lekarza bez rozbudowanej bazy klinicznej?

Widać to wyraźnie – idziemy w kierunku medycyny dwóch prędkości. De facto organizacyjnie już taką mamy. W jednym z poprzednich felietonów pisałem o wcześniej nienotowanej świetnej koniunkturze w sektorze usług prywatnych. To bardzo dobry wykładnik rzeczywistej oferty NFZ. Teraz dysproporcje obejmą kolejną płaszczyznę. Wygląda na to, że to ostatnie chwile, kiedy możemy mówić, że przynajmniej poziom kształcenia lekarzy mamy przyzwoity, a zawodowa niekompetencja to wynik indywidualnych zaniedbań, a nie błędów systemu nauczania i wykoślawionej polityki importu lekarzy. ■

# Stuletnia Łódź



**Jarosław Wanecki**  
pediatra, felietonista

**Utworzenie przez Sejm II RP izb lekarskich w 1921 r. miało stać się symboliczną Ziemią Obiecaną niejednorodnego po zaborowym rozbiciu stanu lekarskiego. Podobne nadzieje niosło zjednoczenie stomatologów pod wspólną banderą. Tymczasem wyblagane po komunistycznym potopie odrodzenie samorządu nie porwało tłumów. Dokąd zatem płynie lekarska barka?**

**U**oczystości 100-lecia izb lekarskich zaplanowano początkowo w Łodzi, opisywanej w powieści Władysława Reymonta, pięknie sfilmowanej przez Andrzeja Wajdę i od kilkunastu lat rewitalizowanej przy udziale środków Unii Europejskiej.

Miasto przyciąga uwagę nie tylko słynną Manufakturą, obok Pałacu Poznańskiego, czy secesyjnymi kamienicami na Piotrkowskiej, ale także Księżym Młynem Scheiblera, doskonałym muzeum sztuki współczesnej, dobrymi spektaklami teatrów, bogatym salonem dawnych przemysłowców i skansenem architektury drewnianej. Zabytkowy gmach okręgowej izby lekarskiej zachwyca interesantów i gości zatrzymujących się przy Czerwonej 3. Wiedzą to biorący udział w konkursach literackich, malarskich wernisażach i wystawach fotograficznych. Tutaj bawi kabaret „Bąk”, najlepiej smakują nalewki i płyną szanty Klubu Żeglarskiego „Szkwał”. Stąd wyrusza się z DoctorRiders w motocyklową podróż dookoła Polski, czytając na przystankach biuletyn, będący panaceum na samorządowe bóleczki niewiedzy. Historycy przypominają, że w salach pałacyku odbyła się jedna z burzliwszych naczelnich rad, która zawieszała „protest pieczętkowy”, dzięki któremu NFZ złagodził zasady odpowiedzialności za źle wystawione recepty refundowane.

Łódź niestety musi poczekać, aż w Teatrze Wielkim wspólnie obejrzymy „Ziemię Obiecaną”.

Tymczasem Łódź, którą płyniemy od 100 lat, przeżywała różne dzieje. Na początku, gdy nikt nie miał nic, była bardziej szalupą, ale to wystarczyło, by zbudować zawodową tożsamość. Potem dwukrotnie zamykano ją w portowym hangarze, a po remoncie wodowano z wielką pompą. Dzisiaj to dwudziestopięciopiętrowy transatlantyk. W łajbie chciało się razem

wiosłować. Na wielkim okręcie trudniej się odnaleźć. Dzisiaj nikt już nie pamięta, co tak naprawdę miała gwarantować Ziemia Obiecana, gdzieś za odległym horyzontem postkomunizmu. Czy to miały być praca, chleb, wolność słowa, zawodu i wyboru? A może tylko zysk, bezkarność, konkurencja, prywatność i buta? Wszystko, zawsze i wszędzie, przykryte figowym listkiem wyciętym z Kodeksu Etyki Lekarskiej.

**Wykonujemy zawody, w których powinniśmy być przygotowani na każdy scenariusz podczas nocnej wachty. Byłoby łatwiej, gdybyśmy, choć w jednej sprawie, byli jednomyślni.**

Kiedy nadchodzą złe czasy, szukamy Noego i izby w ciasnej arce. Pieklimy się, że znów trzeba zacisnąć zęby i żmudnie wylewać wodę biurokracji. Gdy tylko słońce wychodzi zza chmur, wyrzucamy się na suchy ląd, zapominając o statku wymagającym autoryzowanej stoczni remontowej. Nigdy przecież nie wiadomo, skąd jutro powieje wiatr i na jakie wzburzone fale pandemii, rewolucji, wojny czy politycznej głupoty zaprowadzi nas los. Wykonujemy zawody, w których powinniśmy być przygotowani na każdy scenariusz podczas nocnej wachty. Byłoby łatwiej, gdybyśmy, choć w jednej sprawie, byli jednomyślni. Byłoby idealnie, gdyby kapitański mostek i kajutę pokładowego majtka łączyło przekonanie, że obrany kierunek rejsu: pomagać ludziom i godnie żyć, można utrzymać, bez zbaczania na intelektualne mielizny. Byłoby dobrze, gdyby z okazji jubileuszu każdy spojrzął na fragment pokładu, za który odpowiada. A jutro i przez kolejnych sto lat: szpital, przychodnia, pogotowie. Cała naprzód! ■

# Królestwo Prawie Umarłych aptekarza z Ampurdan

Nadciśnienie płucne definiuje się jako wartość ciśnienia w tętnicy płucnej (mierzonego w czasie cewnikowania serca) równą lub wyższą niż 25 mmHg. W zależności od przyczyny współistnieje z tą jednostką chorobową zespół objawów klinicznych wynikających z prawokomorowej niewydolności krążenia, duszność, zmniejszona tolerancja wysiłku, sinica, obrzęki, krwioplucie.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** Oddział Kardiologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

**T**rzy dekady temu pacjentów z idiopatycznym tętnicznym nadciśnieniem płucnym nazywano ludźmi z Królestwa Prawie Umarłych. Nie było dla nich ratunku. Lepsze rokowanie mieli pacjenci z zespołem Eisenmengera.

W 1897 r. ukazała się publikacja wiedeńskiego lekarza, Victora Eisenmengera: „O wadach wrodzonych przegrody międzykomorowej serca”. Opisany został 32-letni, dobrze zbudowany mężczyzna, któremu od urodzenia towarzyszyły umiarkowana duszność i sinica, nasilające się w czasie wysiłku. Pacjent prowadził jednak w miarę normalne, aktywne życie, ale w styczniu 1894 r. nasiliła się duszność i pojawiły obrzęki. Niemal pół roku później mężczyzna został przyjęty do szpitala z objawami prawokomorowej niewydolności serca. Odpoczynek i napastrnica poprawiły jego stan. Zmarł nagle niecały rok potem po incydencie masywnego krwioplucia. Badanie sekcyjne wykazało nierestrykcyjny błoniasty ubytek przegrody międzykomorowej (typu *malalignment*), aortę odchodzącą z nad ubytku oraz przerost prawej komory. Dopiero kilkadziesiąt lat później (1951 r.) brytyjski lekarz australijskiego pochodzenia Paul Wood wyjaśnił patofizjologię tego stanu, a za kolejnych kilka lat zdefiniował zespół Eisenmengera (1958 r.).

## LEKARZ ARCYKSIĘCIA

Victor Eisenmenger był synem znanego malarza, wykładowcy Akademii Sztuk



Doktor Victor Eisenmenger

**Trzy dekady temu pacjentów z idiopatycznym tętnicznym nadciśnieniem płucnym nazywano ludźmi z Królestwa Prawie Umarłych. Nie było dla nich ratunku.**

Pięknych, który ma dziś w Wiedniu swoją ulicę (Eisenmengergasse). W wieku 25 lat został osobistym lekarzem następcy tronu Habsburgów, arcyksięcia Franciszka

Ferdynanda, chorującego na gruźlicę. Pomimo oporu wyjątkowego pacjenta, niechętnego jakimkolwiek leczeniu, Eisenmengerowi udało się osiągnąć sukces. Stan arcyksięcia poprawił się, na co miał zapewne wpływ rodzący się związek z Zofią von Chotek, damą dworu, z którą Franciszek Ferdynand zawarł wkrótce morganatyczne małżeństwo, wbrew stanowisku cesarza Franciszka Józefa, który był przeciwny mezaliansowi. Franciszek Ferdynand wyzdrowiał, a Eisenmenger zamieszkał w wiedeńskim Belwederze, rezydencji następcy tronu i poświęcił się pracy naukowej.

Victor Eisenmenger żałował, że z powodu swojej nagłej choroby (miał wysoką gorączkę) nie może towarzyszyć arcyksięciu i jego żonie w podróży do Sarajewa w czerwcu 1914 r. Podczas tamtego wyjazdu Franciszek Ferdynand z Zofią zostali zastrzeleni przez bośniackiego nacjonalistę Gavrilo Principa, co zapoczątkowało I wojnę światową. Victor Eisenmenger zmarł 18 lat później. Gdyby Eisenmenger był wtedy w Sarajewie i zdołał uratować swojego pacjenta, to inaczej potoczyłyby się losy świata.

W 1936 r. Salvador Dali namalował obraz pod zagadkowym tytułem: „Aptekarz z Ampurdan w poszukiwaniu absolutnie niczego” (Museum Folkwang w Essen). Po lewej stronie tego dzieła artysta uwiecznił osobistego lekarza Franciszka Ferdynanda. Wizerunek Eisenmengera został zainspirowany jego zdjęciem gazetowym. Victor Eisenmenger zmarł 4 lata przed namalowaniem tego obrazu.





Doktor Paul Wood

Dali i Eisenmenger nigdy się nie spotkali. Być może więc na obrazie przedstawiony jest nie sam lekarz, a jego kuzyn Rudolf, mogłaby też o tym świadczyć trzymaną przez tę postać walizeczka (Rudolf Eisenmenger w 1903 r. skonstruował urządzenie do masażu serca).

### ANATOMIA NIE AŻ TAK WAŻNA

Paul Wood był pierwszym, który zdefiniował zespół Eisenmengera (publikacja z 1958 r.), tj. nadciśnienie płucne o wartościach ponadsystemowych z odwróconym przeciekiem w sercu

## Lubił klasyfikacje, był przy tym obsesyjnie dokładny. Kpiono, że powinien także dokonać klasyfikacji łysiny i przyznać sobie 4/4.

powodującym sinicę. Podkreślał, że mniej istotne jest, na którym poziomie jest przeciek, że bardziej niż anatomia liczy się patofizjologia krążenia płucnego. W latach 50. XX w. diagnostyka różnicowa wad wrodzonych była już możliwa, ale Paul Wood przyznawał, że nawet przy wnikliwej diagnostyce jego błąd wynosi ok. 40 proc. Skomentowała to 40 lat później prof. Jane Somerville, światowej sławy brytyjska kardiolog, pionierka badań nad dorosłymi i młodocianymi z wadami wrodzonymi serca (GUCH): „Jaki wydawca obsesyjnie trzymający się wartości p opublikowałby dziś taką pracę? Jaką stratą dla medycyny byłoby nieukazanie się tego tekstu Paula Wooda?”.

Paul Wood skierował swoje zainteresowanie na inwazyjną diagnostykę kardiologiczną i cewnikowanie serca w 1947 r. Był zachwycony tą metodą, on, który tak lubił klasyfikować i definiować, mógł teraz zmierzyć przepływy i ciśnienia w jamach serca, rzut serca i zmiany oporu naczyniowego pod wpływem różnych czynników, w tym próby Valsalvy.

Zamordowani w Sarajewie w 1914 r.: Zofia i Ferdynand – następca tronu Habsburgów, najslynniejszy pacjent V. Eisenmengera



Wszystkie te dane mógł zweryfikować z własnymi wcześniejszymi obserwacjami chorego. Okazała się do stworzenia własnej pracowni cewnikowania serca nadarzyła się w londyńskim Brompton Hospital, gdzie na kardiochirurgii pracował już Russell Brock, w nowoutworzonej przez siebie jednostce. 15 kwietnia 1948 r. Paul Wood wykonał pierwsze w Wielkiej Brytanii cewnikowanie serca. Wszystkie obserwacje z tego, a także z wszystkich następných badań, zapisywał skrupulatnie na specjalnych kartach z tabelami.

Kolejne lata pracy Paula Wooda to procedury cewnikowania, notowanie danych, porównywanie wartości hemodynamicznych, obrazu anatomicznego i badania przedmiotowego. Ta baza uczyniła z niego mistrza. Jako klinicysta był wnikliwym obserwatorem, fascynowało go pulsowanie żył szyjnych, uważnie osłuchiwał, dokładnie badał palpacyjnie. Potem brał do ręki elektrokardiogram i zdjęcie rtg., a na końcu studiował wynik cewnikowania serca i angiogramy. Obserwował wpływ nieprawidłowości morfologicznych na patofizjologię, dlatego często bywał na sali operacyjnej. Tam przeprowadzał doświadczenia, np. badał, jak zmieniało się ciśnienie tętna w trakcie walwulotomii zastawki dwudzielnej, kiedy Russell Brock swoim palcem blokował napływ do lewej komory, a następnie wyciągał palec z ujścia mitralnego.

### MIŁOŚĆ DO LICZB

W połowie lat 50. Paul Wood miał już fantastyczną kolekcję kilkuset nagrań z cewnikowania serca – zapisu ciśnień i oporów w tętnicy płucnej (rejestrowanych u pacjentów z wadami przegrod serca) oraz zmian tych wartości w jego ulubionej próbie Valsalvy oraz po podaniu acetylocholino. „Mało prawdopodobne, żeby jego cenne odkrycia z lat 30., zawsze oparte na wnikliwych klinicznych obserwacjach, zostały zaakceptowane przez dzisiejszego wydawcę” – napisała Jane Somerville w artykule pt. „Dziedzictwo Mistrza”. I dodała: „Na szczęście dla kardiologów i ich pacjentów Paul Wood nie musi się mierzyć ze współczesnymi ograniczeniami wydawniczymi i ciągłą potrzebą podawania wartości „p”. Jego drobiazgowy notatki dotyczące każdego pacjenta stały się podstawą do lepszego zrozumienia patofizjologii wad serca, do których zbliżała się powolnymi krokami kardiochirurgia. Kiedy nastał czas

pionierskich operacji zamykania ubytków międzyprzedsionkowych i międzykomorowych, Paul Wood miał już zgromadzone dane dotyczące nadciśnienia płucnego w wadach wrodzonych serca, co stanowiło klucz do kwalifikacji zabiegowej pacjentów z Królestwa Prawie Umarłych. Wygłoszony przez niego w 1958 r. w Royal College of Physicians wykład na temat zespołu Eisenmenger (opublikowany potem w „British Medical Journal”) jest stale cytowanym klasykiem w publikacjach dotyczących nadciśnienia płucnego.

Paul Wood przywiązywał dużą wagę do liczb. Zapisywał swoje precyzyjne obserwacje na kartach o dziurkowanych brzegach. To był jego niezwykły komputer, baza danych, zbieranych osobno dla każdego pacjenta i dla każdego rozpoznania. Sprawdzał efekt podaży różnych leków na zjawiska osłuchowe w sercu, tony i szmery, zmiany II tonu w różnych fazach oddychania, zmiany głośności szmeru pod wpływem zmiany pozycji ciała i manewru Valsalvy. Napisano o nim, że był rozpięty między epoką badania fizykalnego a erą panowania urządzeń i wykonywanych za ich pomocą badań dodatkowych. Był fanem obserwacji szyjnego tętna żyłnego, z którego diagnozował migotanie przedsionków. W 1957 r. nakręcono film pt. „The Jugular Venous Pulse” (dostępny na You Tube), którego narratorem jest Paul Wood. Lubił klasyfikacje, był przy tym obsesyjnie dokładny. Kpiono, że powinien także dokonać klasyfikacji łysiny i przyznać sobie 4/4.

Pod koniec II wojny światowej Paul Wood ukończył manuskrypt podręcznika kardiologii. Niestety, rękopis mu skradziono w czasie podróży z Neapolu w 1945 r. Nie poddał się, nie zrezygnował. Ponownie, od zera, napisał książkę „Diseases of the Heart and Circulation”, która wydana w Londynie w 1950 r. szybko stała się światowym bestsellerem. We wstępie do tego dzieła autor napisał m.in. „Istnieje niebezpieczeństwo utraty naszego klinicznego dziedzictwa z powodu przykładania zbyt dużej wiary w liczby wypływane z urządzeń”. Podręcznik przetłumaczono na wiele języków, kilkakrotnie wznawiano. W drugim wydaniu (1956 r.) znalazła się detaliczna analiza nadciśnienia płucnego, różnice między nadciśnieniem reaktywnym, hiperkinetycznym i biernym, czynniki

## Pozostawił jasne wytyczne lekarzom: nie chciał resuscytacji ani otwierania klatki piersiowej w przypadku pogorszenia.

wazokonstrykcji i wazoreaktywności łożyska płucnego. Był to wynik jego obserwacji zebranych u 900 pacjentów z wrodzonymi wadami serca.

Paul Wood zmarł w wieku 54 lat. Spekulowano, że wstrzyknął sobie heparynę, zgon miał nastąpić z powodu tamponady serca. Ale prawda była inna. Wood był nałogowym palaczem i latem 1962 r. trafił do szpitala z powodu dławicy. Oglądając własny zapis ekg., stwierdził: „To nieodwracalne”. Ale jednocześnie wierzył, że dożył nie podana heparyna rozpuści świeżo utworzony skrzep w jego lewej tętnicy wieńcowej. Pozostawił jasne wytyczne lekarzom: nie chciał resuscytacji ani otwierania klatki piersiowej w przypadku pogorszenia. Miał świadomość, że gdyby to przeżył, mogłaby obniżyć się jego jakość życia i sprawność umysłu. Żartował, że jeżeli lekarze nie uszanują jego życzenia i im się uda, to wytoczy im proces. Kilka godzin później jego stan gwałtownie się pogorszył.

Decyzję uszanowano, nie wykonano inwazyjnych procedur ratujących życie. Autopsja wykazała zamknięcie gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej (LAD). Śmierć aktywnego Paula Wooda z powodu choroby wieńcowej poruszyła środowisko kardiologów na całym świecie. Dwa miesiące po jego zgonie Bernard Lown, laureat pokojowej Nagrody Nobla, opisał pierwsze zastosowanie defibrylatora, a pięć lat po śmierci Paula Wooda Renè Favoloro wykonał pierwszą operację pomostowania tętnic wieńcowych (bypassy). Wartość oporu płucnego (pomiar w czasie cewnikowania serca) podaje się w jednostkach Wooda (WU).

W 1989 r. brytyjscy naukowcy zatrudnieni w jednej z firm farmaceutycznych, Peter Dunn i Albert Wood, stworzyli lek, którego substancją czynną był sildenafil, rzekomo skuteczny w leczeniu nadciśnienia tętniczego i dławicy. Lek został opatentowany w Wielkiej Brytanii w 1991 r. Niedługo czas później w badaniach klinicznych wykazano jednak, że nie sprawdza się w leczeniu dławicy i nadciśnienia tętniczego, za to ma nietypowe skutki uboczne u mężczyzn... W 1998 r. FDA dopuściła sildenafil do leczenia zaburzeń erekcji. Zgoda na stosowanie tego leku w terapii tętniczego nadciśnienia płucnego została wydana 7 lat później. To był ten pierwszy krok pacjentów z nadciśnieniem płucnym zmierzających do opuszczenia Królestwa Prawie Umarłych... ■

## Rycerz Prawego Serca



Od kilku lat Sekcja Krążenia Płucnego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego uhonorowuje statuetkami „Rycerza Prawego Serca” osoby szczególnie zasłużone dla rozwoju medycyny w zakresie krążenia płucnego. Tegoroczną laureatką tego wyróżnienia została prof. Grażyna Brzezińska-Rajszyś, która wyznaczyła w Polsce standardy cewnikowania prawego serca u pacjentów z nadciśnieniem płucnym wtórnym do wady przeciekowej serca. Decyzja o uhonorowaniu jest wyrazem uznania środowiska dla jej profesjonalizmu i zawodowych osiągnięć w zakresie diagnostyki i terapii nadciśnienia płucnego. Wręczenie statuetki miało miejsce podczas tegorocznej konferencji Sekcji Krążenia Płucnego PTK, która odbyła się w październiku br.

Prof. Grażyna Brzezińska-Rajszyś jest kardiologiem dziecięcym i od wielu lat kierownikiem Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. W latach 2015-2020 była jednocześnie kierownikiem Kliniki Kardiologii CZD. Jest też członkiem-założycielem i wieloletnim członkiem zarządu Sekcji Kardiologii Interwencyjnej PTK oraz aktywnym członkiem Europejskiego Towarzystwa Kardiologii Dziecięcej (AEPC). Od 2019 r. przewodniczy Sekcji Wad Wrodzonych Serca u Młodych i Dorosłych PTK. Jest autorką i współautorką wielu publikacji dotyczących wad wrodzonych serca, wykładownicą na kongresach w kraju i za granicą, kursach szkoleniowych oraz spotkaniach z rodzicami pacjentów z wadami wrodzonymi serca.

PROZA

# Pudełko pamięci

(fragmenty)

Są takie momenty w życiu, kiedy wracamy do przeszłości. W zakamarkach pamięci szukamy miłych, radosnych, wzruszających chwil. Pandemia sprzyjała odgrzebywaniu, porządkowaniu, odkurzeniu naszych mieszkań, domów, głów. Okresy kwarantanny, izolacji, zdalna praca, przymusowe przebywanie w domu i konieczność wypełnienia czasu spowodowały, że zatrzymaliśmy zegar, wzbogacając się w refleksje spowodowane jakąś fotografią czy powstające podczas przekładania według nowego klucza książek na półce i przeganiania przy okazji wytworów pracowitych pajaków.

Moją podróż do przeszłości zainspirowała nie tylko zaraza, lecz także kończący się drugi rok walki z chorobą. Trudny czas, poważne, niedające wiele nadziei rozpoznanie, leczenie i bombardujące zewsząd wiadomości o liczbie zachorowań i zgonów, wszechobecny lęk przed zarażeniem. To wszystko nie było przyjazne, podobnie jak fakt, że z lekarki stałam się pacjentką. Kanwą do wspomnień mogą być różne przedmioty, jak stary notes z adresami, fotografie, uszkodzona bransoletka, zasłyszana melodia. Rusza wówczas lawina wspomnień, gnieżdżących się gdzieś w czeluściach naszego umysłu. Niczym odblokowany w starym zegarku mechanizm czy uruchomione przez ożywczy dopływ wody żardzewiałe młyńskie koło początkowo szczątkowe obrazy zamieniają się w godne gawędziarza opowieści.

Moją sprowokowało tzw. pudełko pamięci. Leży ono na dnie szafy w sypialni i zaglądam do niego rzadko. Białe prostopadłościan był miejscem, gdzie odkładałam rzeczy, które spełniały tylko jeden warunek p – nie były piękne czy pożyteczne, były pamiątkowe. Którejś bezsennej nocy umieściłam w nim kartki świąteczne, które coraz mniej licznie przychodziły przez ostatnie lata – zastępowane życzeniami przez telefon, SMS-ami, mailami. Jakaś ciekawość, a może wrodzona skłonność do porządku spowodowały, że zaczęłam białe pudełko przeglądać. Na samym dnie leżały zdjęcia z wyjazdów ze studiów, z chłopakami, których fotografie niekoniecznie chciałybym umieścić w rodzinnym albumie z powodu nadmiernej ciekawości ze strony domowników, a z mojej strony braku chęci tłumaczenia ich znaczenia. Było kilka rodzinnych fotek, które nie pasowały rozmiarami do żadnego albumu, i czarno białe zdjęcie z czasów, kiedy jak niesforna Pipi wspinałam się na drzewa. Miałam wiecznie poobijane kolana i krótką chłopięcą fryzurę, którą w tajemnicy przed mamą stworzył mój starszy brat J. kilkunastoma cięciami nożyczek. Przezornie zamknął nas na balkonie i nie zważał na rozpaczliwe gesty naszej rodzicielki po drugiej stronie oszklonych drzwi. Na zdjęciu towarzyszy mi ten czarodziej fryzur. (...)

W pudełku jest kilka listów. Jest jedyny list, jaki napisał mój od 33 lat mąż J., pisany z obozu pracy w Merseburgu, latem 1987 roku. Tych kilka poślizniętych kartek pisanych przez totalnie ścisły umysł wypełniają konkrety, dokładne daty, godziny, przeliczony na ułamki czas, jaki upłynął od naszego ostatniego spotkania, i wyliczenie, ile jeszcze go pozostało do ponownego spotkania, również w postaci ułamka. Jest dokładny opis czynności, które ostatnio J. wykonywał, i bardzo wciągający opis naprawy hamulców czerwonego małego Fiata 126p. J. opisuje plan dnia roboczego oraz sposób pracy niemieckich studentów i ułańską fantazję Polaków, którzy dobową, wykonywaną w ślimaczym tempie przez studentów bratniego narodu pracę potrafili wykonać w dwie godziny, po czym oddawali się z radością odpoczynkowi w promieniach słońca, aby przyjąć codzienną dawkę witaminy D3 i leniwie rozmyślać, co robić z resztą czasu i wieczoru. List, napisany przez męża nieprzepadającego za pisemną formą wyznań, liczy cztery strony, jest bardzo poprawny, grzeczny, wręcz pensjonarski. Pozbawiony błędów ortograficznych, ale niepozbawiony wyznań. Słowo „kocham” pada cztery razy, średnio jedno na stronę. (...)

GazetaLekarska.pl 



Film jubileuszowy ze wszystkich dotychczasowych gal konkursu



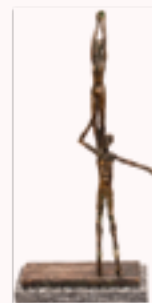
Relacja filmowa z jubileuszowej gali konkursu „Przychodzi wena do lekarza”, 16 października, Kraków



**IWONA ŁĘSKA**

**Laureatka X edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii PROZA.**

Urodziła się w 1963 r. Studiowała na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej. Stopnie specjalizacji z dermatologii i wenerologii uzyskała z wyróżnieniem. Była biegłym sądowym. Pracuje w poradni specjalistycznej. Ma męża, dwie córki i wnuka. Jej zainteresowania obejmują kulturę, od literatury poprzez muzykę, balet i klasykę kina. Dużo czyta, od czwartego roku życia.



Przychodzi  
**wena**  
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki im. Prof. Andrzeja Szczeklika

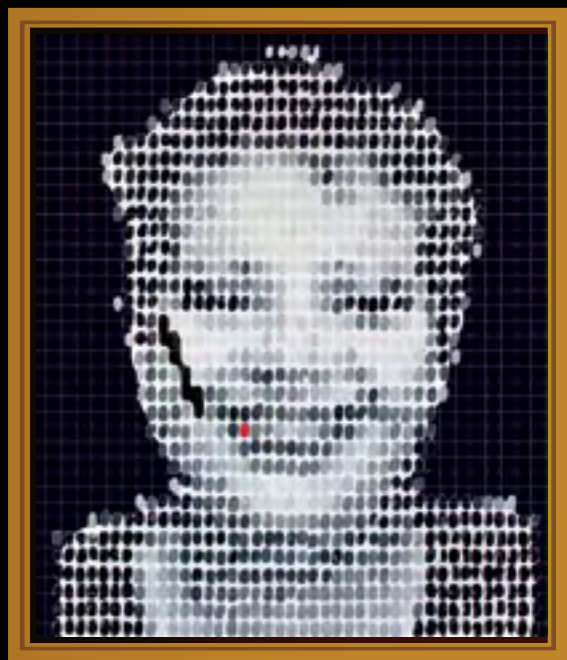


**Agata Morka**  
historyk sztuki

**BŁĄD MALARSKI**

# Bez śladu

Zazdrościć artystom. Przypada im w udziale życie może i niedostatnie, ale jakże pełne fantazji. Ale to nie nieprzespanych nocy czy kreatywnych gorączek kończących się obciążeniem ucha zazdrościć im najbardziej, tylko super mocy: zostawienia po sobie śladu. Śladu, który dotyka.



Obraz: Olivier Terral, „Solange L” (obraz i nagranie głosowe), 2011

**W**iększości śmiertelnikom moc ta nie jest dana: nikt w przyszłych epokach nie będzie medytował nad rocznym raportem czy skrupulatnie zapisanymi notatkami ze spotkań. Nie będzie po nich emocjonalnego śladu. Ale być może posłucha fugi Bacha, może dotknie go ciemność Rembrandta, może odbierze mu dech światło w transpście Chartres.

Oliver Terral, współczesny francuski artysta, gra z tym ludzkim pragnieniem zostawienia po sobie czegoś

dotykalnego, świadka naszego tu bycia. Do serii płócien „Ślad życia” zaprasza do współpracy chorych z oddziałów onkologicznych. To oni malują swoje portrety, podążając za wskazówkami artysty. Ponieważ chodzi tutaj o zostawienie po sobie śladu, do malowania używają palców, w dosłowny sposób zostawiając na płótnie ślad po sobie. Odciski ich palców tworzą zarys nosa czy policzka, wydobywają światłocięć wokół ust.

Na obrazie „Solange L” kobieta z krótkimi włosami uśmiecha się do widza. Obrazowi towarzyszy nagranie

głosowe, w którym pacjentka mówi o tym, co według niej najważniejsze w życiu. Bycie sobą, delikatność, życzliwość. Jej twarz, podzielona rytmem odcisków, wymyka się konkretnym kształtom. To ledwie zarys obecności Solange. Ale coś w tym efemerycznym portrecie ujmuje, czy to lekkość jej uśmiechu, czy czerń oczu, których wrazu nie sposób odczytać.

Terral, artysta, na chwilę oddaje swoją super moc pacjentom. Daje im możliwość pozostawienia po sobie śladu w momencie, gdy niektórzy z nich niewiele już mają czasu, zanim znikną. ■

## Rozwiązanie zagadki z „GL” 11/2021

### 1. Inne skadrowanie obrazu.

Dumas znana jest z ciasnego kadru, jednak tak drastyczne zbliżenie byłoby niezwykle w jej twórczości.

### 2. Dodanie plamy czerwieni z prawej strony twarzy.

Dumas zdarza się używać abstrakcyjnych plam kolorystycznych na twarzach portretowanych przez nią osób, w tym przypadku jednak, zapewne ze względu na temat obrazu, ogranicza się do bieli jako koloru przewodniego karnacji.

### 3. Przerobienie wzoru na ubraniu tak, by wyglądał bardziej realistycznie.

Mimo że Dumas dba o przedstawienie szczegółów ubrania portretowanych przez nią osób, to czyni to w sposób bardzo malarski, używając impastów.

### 4. Odjęcie włosów z prawej strony twarzy.

Charakterystyczny bardzo jasny kolor włosów postaci sugerować może, że mamy do czynienia z albinizmem.

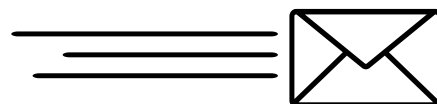


Obraz: Marlene Dumas, „Biała choroba”, 1985, kolekcja prywatna

**NAGRODZENI Z „GL” 11/2021:** Voucher do Hotelu Prezydent\*\*\*\* Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Renata Jońca-Czerwiec z Rzeszowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Julia Lewoc (Szczecin), Piotr Rausch (Baranowo), Paulina Tęcza (Łódź)**.

## Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na [bladmalarski@gazetalekarska.pl](mailto:bladmalarski@gazetalekarska.pl) do 10 stycznia 2022 r. W temacie maila należy wpisać GL12 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przestać jedną odpowiedź.



## Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

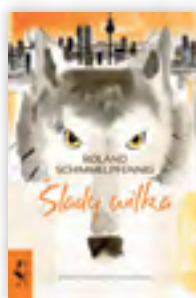
**HOTEL PREZYDENT**  
MEDICAL SPA & WELLNESS  
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU  
JAGIELLOŃSKIEGO  
[www.wuj.pl](http://www.wuj.pl)

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

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

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolacją 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](mailto:iod@hipokrates.org); 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

## KULTURA

# Dlaczego lekarze malują?

Prof. **Eugeniusz Józef Kucharz** członek ZG Światowej Unii Pisarzy Lekarzy

**T**wórczość plastyczna lekarzy jest mniej znana niż literatura, która wyszła spod pióra przedstawicieli naszego zawodu. Dlatego z wielkim uznaniem należy przyjąć obszerny album wydany przez OIL w Białymstoku, będący zbiorem prezentującym dorobek malarski 16 lekarzy z Podlasia.

Dzięki staraniom Komisji Kultury OIL oraz prof. Jerzego Konstantynowicza – pediatry i malarza, otrzymaliśmy unikalne dzieło gromadzące reprodukcje obrazów i grafik powstałych w różnym czasie, wytworzonych różnymi technikami i reprezentujących różne style, lecz zawsze będących dziełem lekarzy. Największym sukcesem jest odszukanie i zebranie dzieł, zwykle dostępnych jedynie w prywatnych kolekcjach.

Album liczący 383 strony rozpoczynają teksty wprowadzające. Potem przedstawione są sylwetki i dzieła 16 lekarzy malarzy stanowiące najważniejszą część albumu, który zamyka szkic „Impresja” pióra znanej poetki Elżbiety Kozłowskiej-Świątkowskiej.

Album wydany jest w dwóch wersjach językowych – polskiej i angielskiej. Niestety, nie przetłumaczono

podpisów zawierających tytuły dzieł reprodukowanych, a także fragmentów poetyckich. To uniemożliwia odbiór tekstu angielskiego, szczególnie poetyckiego podsumowania. Na szczęście, niezależnie od używanego języka obraz jest dla każdego oglądającego zrozumiały.

Przeglądając album, można zachwycić się rozmaitością odbioru otaczającego świata, ale można też zadać pytanie, dlaczego lekarze malują? Nie ma na to prostej odpowiedzi, lecz zaryzykuję stwierdzenie, że jest to wyraz nadmiaru emocji, z jakim przychodzi nam się nieustannie mierzyć. W naszym zawodzie cierpienie i śmierć, radość urodzin, trudność wyboru, a także wiele innych ludzkich rozterek towarzyszy nam każdego dnia. Ten ogrom przeżyć może znaleźć ujście w różny sposób, także przy pomocy pędzla.

Monograficzny album jest wydawnictwem unikalnym o nieprzemijającej wartości. Gratuluję jego twórcom, przede wszystkim Jerzemu Konstantynowiczowi i wyrażam nadzieję, iż podobne albumy ukażą dorobek malarski koleżanek i kolegów z innych regionów kraju. ■



„Twórczość malarska lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku”, Redakcja: Jerzy Konstantynowicz, wyd. OIL w Białymstoku

## 📖 NASZA CZYTELNICIA



### Otyłość i jej powikłania

Redakcja naukowa:  
Lucyna Ostrowska, Paweł Bogdański, Artur Mamcarz

Zalecenia diagnostyczne i terapeutyczne dotyczące choroby otyłościowej i jej ponad 200 powikłań. Podręcznik wzbogacono praktycznymi uwagami specjalistów, m.in: endokrynologów, diabetologów, kardiologów, hipertensjologów, gastroenterologów, hepatologów, psychiatrów, dermatologów, lekarzy chorób zakaźnych i seksuologów, którzy odnoszą się do poszczególnych powikłań i zagrożeń związanych z otyłością.



### Nigdy się nie bałam

Katarzyna Droga

Jak polskie lekarki zapisały się w historii medycyny? Autorka książki zaprasza w podróż z kobietami, które dzięki swojej sile, uporowi i determinacji miały wpływ na rozwój sztuki lekarskiej i udowodniły, że nie jest to dziedzina wyłącznie dla mężczyzn. Płeć piękna może operować, prowadzić badania naukowe czy zarządzać szpitalem. To jednak także opowieść o kobietach, które na pierwszym miejscu stawiały życie i zdrowie swoich pacjentów.

## KULTURA

# Lekarze i ceramika

Stanisław Mysiak Komisja Kultury NRL

**W** październiku odbył się VII Plener Ceramiki Lekarzy i Lekarzy Dentyistów w Centrum Rzeźby Polskiej w Orońsku. Był krótszy od poprzednich, ale mimo to wypełniony wieloma atrakcjami.

Najważniejszym punktem programu jak zwykle było wypalanie ceramiki starą japońską techniką – raku. Artysta sztuki, ceramik Bogusław Dobrowolski (opiekun artystyczny) był mistrzem ceremonii, której towarzyszyły duże emocje, niespodzianki, a efekty pracy były naprawdę imponujące.

W trakcie trwania pleneru prezentowana była wystawa rzeźby „Tylko sztuka” amerykańskiej rzeźbiarki o polskich korzeniach Ursuli von Rydingsvard. Podczas pobytu podziwialiśmy piękny park oroński z plenerowymi rzeźbami oraz zwiedzaliśmy Pałac Brandta z urokliwymi wnętrzami z przełomu



XIX i XX w. W kolejnym dniu Ewa Miękus-Pączek z izby warszawskiej zapoznała nas z ciekawymi zabytkami w centrum Radomia oraz wspólnie obejrzelśmy ekspozycję w Muzeum im. Jacka Malczewskiego. Nie zabrakło też czasu na odwiedzenie Delegatury Radomskiej, gdzie przyjął nas prezes Mieczysław Szatanek.

17 października odbył się wernisaż, na którym uczestnicy prezentowali swoje dzieła ceramiczne. Dodatkowym wydarzeniem była wystawa fotograficzna „Mój – Dany Mi Świat”, Hanny Woźniak-Kwiatkowskiej, uczestniczki pleneru. Lekarze ceramicy podziękowali za pomoc organizacyjną Beacie Sałek i Marcie Sarnowskiej. ■

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE



## Żywica

Piotr Müldner-Nieckowski

Jubileuszowy tom wierszy wydany z okazji 75. rocznicy urodzin autora – lekarza, ale też pisarza, językoznawcy i wydawcy, twórcy wielu utworów poetyckich, powieści, satyr oraz słuchowisk radiowych i publikacji naukowych. Opowieść poetka „Żywica” zawiera półtorej setki wierszy, które powstawały w latach 2015-2020. To osobiste spotkanie z językiem, uderzające w najczulsze struny ludzkiej egzystencji. Partnerem wydawnictwa jest Instytut Literatury.



## Najlepiej spożyć przed...

Nicola Temple

Publikacja popularnonaukowa o tym, jak proces przetwarzania żywności ewoluował i w jakim kierunku będzie zmierzać w przyszłości. Choć przetwórstwo jedzenia towarzyszy ludzkości od wieków, to patrząc na obecny przemysł spożywczy, nasuwa się pytanie, czy nie poszliśmy za daleko. Bardzo często zapewne tak, ale autorka pokazuje także, że nauka oferuje wiele sposobów przetwarzania żywności, także tych akceptowalnych.

## SPORT

# Rywalizacja w piłce siatkowej

Ryszard Golański

**W**ieluń od kilku lat jest stolicą lekarskiej siatkówki. Nic zatem dziwnego, że to właśnie w tym mieście w dniach 19-20 listopada rozegrano jubileuszowe XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej oraz III Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Siatkowej – Oldboy. Po ubiegłorocznej przerwie, spowodowanej pandemią, także w tym roku mistrzostwa musiały zostać przełożone i zamiast wiosną odbyły się jesienią.

Zawody zorganizowali perfekcyjnie (jak zwykle) Bogna i Mirosław Kaniccy. Udało im się uzyskać wsparcie licznych sponsorów, co zaowocowało efektownymi nagrodami. Rywalizacja była wyrównana i zacięta, czego dowodem były liczne „tiebreaki”. Odbywała się jednak w koleżeńskim atmosferze. W kategorii open mistrzami Polski zostali lekarze ze Szczecina, z kapitanem drużyny Cezarym Sierantem i rozgrywającym Maciejem Lewandowskim. Drugie miejsce zajęła drużyna OIL



w Łodzi (kapitan Marcin Czeakała), a trzecie drużyna o nazwie Silesia. Kolejne miejsca zajęły: Poznań-Częstochowa, Katowice i Kraków. W kategorii oldboyów także zwyciężyła drużyna OIL w Szczecinie, na drugim stopniu podium stanął zespół „Alfa” z łódzkiej OIL, na najniższym Warszawa. Czwarte miejsce zajęła drużyna z Poznania i Częstochowy. ■

## Biegowe zmagania lekarzy

Wojciech Łacki

19 września w Gnieźnie w ramach Biegu Lechitów zostały rozegrane 23. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Półmaratonie. Po rocznej, covidowej przerwie biegacze powiedzieli „nie” bezruchowi. Na starcie stanęło 31 lekarzy, w tym 11 kobiet.

Spośród lekarzy pierwszy na mecie zameldował się Jakub Osuch z Wirów, zdobywając tym samym tytuł mistrza Polski w Półmaratonie Lekarzy na 2021 rok. Po nim na metę wbiegł Dominik Samotij z Wrocławia, zdobywając wicemistrzostwo. Trzecie miejsce zajął również wrocławianin Mateusz Głód. Spośród naszych dzielnych lekarek pierwsze miejsce i tytuł mistrzyni Polski zdobyła Katarzyna Butowska ze Starogardu Gdańskiego. Wicemistrzostwo przypadło Karolinie Rostkowskiej z Wrocławia, a trzecie Anie Gwiżdż z Bytomia. Na piersiach lekarzy zawisły oprócz medali Biegu Lechitów okolicznościowe medale Mistrzostw Polski Lekarzy, dedykowane w tym roku „Walczącym z COVID-19”. Tą dedykacją chcieliśmy oddać hołd wszystkim tym, którzy zmierzli się i nadal mierzą z epidemicznym wyzwaniem XXI w.

Z kolei 10 października 2021 r. w Bukówcu Górnym odbyły się 23. Mistrzostwa Polski Lekarzy na dystansie 15 km. Mistrzem Polski został Robert Niewiedziała z Warszawy, wicemistrzem Paweł Kmiecik z Poznania. Trzeci był Maciej Popielarz ze Skórzewa. Wśród kobiet tytuł mistrzyni Polski przypadł Małgorzacie Nowak z Pleszewa. Druga była Katarzyna Pudliszewska z Leszna, a na trzecim miejscu uplasowała się Beata Wiśniewska z Góry. Bieg ukończył w doskonałej formie i ze świetnym rezultatem 81-letni Piotr Mikołajczyk z Będzina – według mojej wiedzy najstarszy biegający i startujący lekarz. Wielkie uznanie i gratulacje. ■

## Pływanie

W dniach 7-9 października po raz szesnasty, po 2,5-roczonej przerwie wywołanej pandemią COVID-19, odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu w Dębicy. Na starcie stanęło 35 medyków z 11 okręgowych izb lekarskich. Honorowy patronat nad mistrzostwami objął prezes NRL Andrzej Matyja. ■

## Transalpine Run 2021



W dniach 4-11 września odbył się transalpejski, 7-dniowy bieg górski o długości 236 km. Trasa prowadziła od granicy austriacko-niemieckiej, przez Alpy austriackie, szwajcarskie i włoskie, górkami kamienistymi ścieżkami i lodowcami. Zespół złożony z dwóch polskich lekarzy (Adam Ryszczuk ze Śląskiej Izby Lekarskiej i Jan M. Miodoński z OIL w Warszawie) ukończył bieg na 44. miejscu. ■





„Stay home”, Sandor Hamar (internista, Węgry), laureat Brązowego Medalu Fotoklubu RP Salonu PhotoArtMedica 2021

### Polski lekarz wyróżniony przez FIAP

Międzynarodowa Federacja Sztuki Fotograficznej FIAP w Luksemburgu nadała ośmiu polskim artystom fotografikom tytuły artystyczne za rok 2021. Wśród nich znalazł się doktor Jacek Haratym z Lublina, który otrzymał tytuł Wybitnego Artysty – poziom brązowy EFIAP/b. Gratulujemy!

## ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

### ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU, ROCZNIK 1972 (STOMATOLOGIA)

zapraszamy z okazji 50-lecia ukończenia studiów na uroczyste odnowienie dyplomów, które odbędzie się 29 kwietnia 2022 r. w Auditorium Primum im. Prof. Olgierda Narkiewicza Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku. Informacje: Jolanta Micińska (tel. 602 620 710, jolanta-micinska@wp.pl). Organizatorzy: Małgorzata Cudzik, Jolanta Jasinska, Andrzej Karczewski

### ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1982

W dniach 6-8 maja 2022 r. organizujemy spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia uczelni. Spotkanie odbędzie się w Giżycku. Opłata za miejsce w pokoju dwuosobowym + program 1063 zł. Wpłaty proszę dokonywać na konto hotelu: Zamek Giżycki sp. z o.o. nr konta: 98-1910-1048-2268-0000-0735-0001, z dopiskiem: „zjazd absolwentów 6-8.05.2022”, do 31 stycznia 2022 r. Więcej informacji: B. Młynarczyk (tel. 501 632 461), W. Połubiński (tel. 601 299 716)

### ABSOLWENCI ŚLĄSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ, ROCZNIK 1972

28 maja 2022 r. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach organizuje uroczystość odnowienia dyplomu lekarza i lekarza dentystry dla absolwentów uczelni sprzed 50 lat. Zapraszamy absolwentów rocznika 1972 wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii do wzięcia udziału w uroczystości. Zgłoszenia do 15 kwietnia 2022 r. poprzez e-mail: awilk@sum.edu.pl. Osoba do kontaktu: Aleksandra Wilk (tel. 32/ 20 83 671).

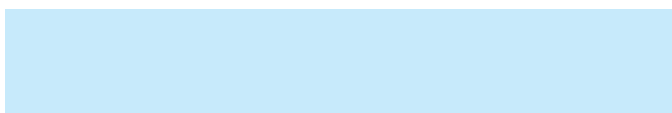
*Maria Gajecka-Bożek prezes Stowarzyszenia Wychowanków Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

### ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1968

Spotkanie absolwentów rocznika 1968 w dniach 3-5 czerwca 2022 r. w Pszczynie. Opłata: 550 zł/osobę, wpłata do 31 stycznia 2022 r. oznacza potwierdzenie uczestnictwa. Nr konta do wpłaty: 58 1020 2528 0000 0102 0567 6376. Na druku przelewu wpisać nazwisko wpłacającego i adres z dopiskiem „zjazd 1968”. Kontakt: Bogusław Kudyba (tel. 606 736 620), Anna Steinert (Kozieł, tel. 696 617 024), Ewa Miłaszewicz (tel. 502 050 273). Program po zapytaniu na e-mail: asteinert@interia.pl

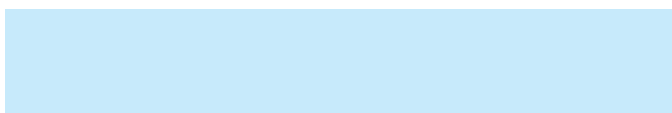
**UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 500 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).**

# Ogłoszenia





# Ogłoszenia











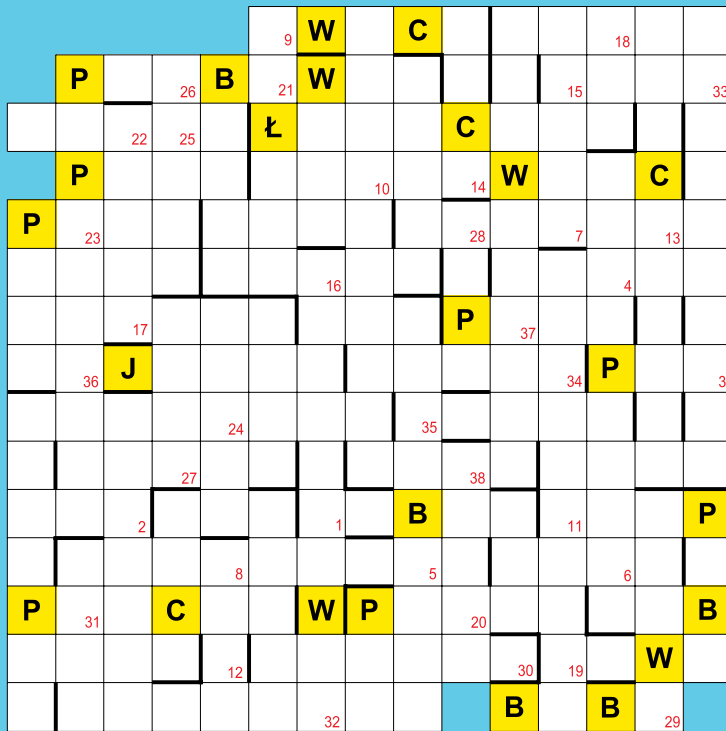






## Z okazji świąt Bożego Narodzenia mamy dla Państwa aż 10 nagród książkowych!

(okładki poglądowe)



Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, C, J, Ł, P i W. Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to mądrość indyjska. Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres [jolka@gazetalekarska.pl](mailto:jolka@gazetalekarska.pl) do 15 stycznia 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści, wiedza i zaangażowanie. Zachęcamy do odwiedzenia strony [pzwl.pl](http://pzwl.pl) i zapoznania się z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.**

\* miesiąc masseter \* kuguar \* cataracta \* człowiek ludu Bantu \* wąska, szklana w laboratorium \* iracyzny \* kultowy film Pasikowskiego \* gustus \* grzyby, krach \* pannus \* bibułka papierosowa \* Chinka lub Hinduska \* truncus \* góra nad Nżnicami \* aerob \* stolica Togo \* delfin amazoński \* chirurgiczna pieśń na cześć \* siatka mak \* idea, że materia składa się z atomów \* największe jezioro Etiopii \* na prochy i głosy \* Linda lub Gajos \* niewolnik \* kresa (łac.) \* zespół Kory \* stolica Baszkortostanu \* kofeina \* herbacie \* ośla figa \* pierwiastek państwa Curie \* miasto lekarza, premiera, który wprowadził sławoję \* światła lub żyta \* antinuclear antibodies \* trenuje sztukę walki z Okinawy \* acetylowy do narkozy

wziewnej \* naczyniowe i morskie \* główne źródło kofeiny \* fałdy (łac.) \* miasto fenickie między Tyrem a Sydonem \* lek w skazie moczanowej i przeciwracoby \* część wnętrza \* pnące z dżungli \* założony przez de Coubertina \* kępki żółte \* berberyjski lud z Sahary \* masa po destylacji smoly pogazowej \* retinal \* premier Hiszpanii (1996-2004) \* Coimbra, „Biały Pele” \* życie w atmosferze z tlenem \* permisja, koncesja \* siatka po serwie \* witamina B10 \* norweskie miasto z kościołem na palach \* kraina i prawy dopyw Wagu \* nakręcił „Dreszcze” \* namiot Dakotów \* liczbowy wynik pomiaru \* cel karawany \* stawiana na plecach \* hinduska dusza \* alarm \* p/ciała swoiste dla ziarninika Wegenera \* Theodor, badacz promieniowania w atmosferze \* zanikowy niezbyt nosa \* część greckiej świątyni z posągami bóstwa \* metylomorfin \* nauka o Persach \* obecny Perejśław \* nauka o przyrodzie zależnie od pór roku i klimatu \* nocny motyl \* jednokonna (niem.) \* pigment niebiesko-zielony

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 268 („GL” nr 10/2021)  
Kto rąbie drewno, ogrzewa się dwa razy.**

### Nagrody otrzymują:

Izabela **Jamróż** (Radawiec Duży), Robert **Kupis** (Kraków), Justyna **Markielanis** (Opole), Zuzanna **Siłkowska** (Warszawa), Aleksander **Wilkos** (Lublin). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, [www.pzwl.pl](http://www.pzwl.pl). Nagrody prześlemy pocztą.

## WYDAWCA



**Naczelna Rada Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

**Nakład:** 181 300 egz.

### Rada Programowa

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

**Redaktor naczelna** Marta Jakubiak; Tel. 698 297 739

[naczelny@gazetalekarska.pl](mailto:naczelny@gazetalekarska.pl)

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

[l.sulikowska@gazetalekarska.pl](mailto:l.sulikowska@gazetalekarska.pl)

Lucyna Krysiak; dziennikarz; Tel. 696 48 70 48

[l.krysiak@gazetalekarska.pl](mailto:l.krysiak@gazetalekarska.pl)

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

[m.tomczak@gazetalekarska.pl](mailto:m.tomczak@gazetalekarska.pl)

**www.gazetalekarska.pl**

**www.facebook.com/gazetalekarska**

Tel. (22) 558 80 40

[redakcja@gazetalekarska.pl](mailto:redakcja@gazetalekarska.pl)

### Adres redakcji

00-764 Warszawa,

ul. Jana III Sobieskiego 110

### Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830

[e.tarczynska@gazetalekarska.pl](mailto:e.tarczynska@gazetalekarska.pl)

### Ogłoszenia

Olga Ostaszewska

Tel. (22) 559 13 26

[o.ostaszewska@gazetalekarska.pl](mailto:o.ostaszewska@gazetalekarska.pl)

### Stale współpracują

Jerzy Badowski (Olsztyn), Stawomir Badurek (Toruń), Jarosław

Klimek (Łódź), Marzena Kowalska (Warszawa), Agata Morka

(Berlin), Joanna Sokołowska (Płock), Jarosław Wanecki (Płock)

### Projekt:

Łukasz Szczepanowski

### Skład:

Montownia/Teresa Urawska

### Druk

Walstead Central Europe

**W celu zmiany adresu wysyłki „Gazety Lekarskiej” prosimy**

**kontaktować się z właściwą okręgową izbą lekarską.**

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



