

WAŻNY TEMAT: STAROŚĆ NIE MUSI BOLEĆ



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

02 | 2023



TEMAT NUMERU

CZAS ZWAD

Partyjni spin doktorzy mieszają w legislacyjnym kotle



14

Jesteśmy po to,
by zwiększać
możliwości

28

Bliżej nam do Europy
czy Afryki?

52

Misje medyczne

SAMORZĄD

- 4 Rok pełen wyzwań
(Łukasz Jankowski)
- 6 O tym się mówi

TEMAT NUMERU

- 8 Fakty
- 9 Czas zwad
- 12 Sonda

SAMORZĄD

- 14 Jesteśmy po to, żeby zwiększać
możliwości
- 16 Na sto sposobów
- 20 List do redakcji
- 21 Co w zamian?
- 22 Dyrektorzy innowatorzy
- 24 IMiD – pionier rozwoju innowacji
- 25 Po co lekarzom sztuczna
inteligencja?
- 26 Kara upomnienia

PRAWO I MEDYCYNA

- 29 Reklama wyrobów medycznych
- 30 Zgoda łączna przy pacjentach
powyżej 16. roku życia
- 32 5 lat bez fartucha
- 33 Zawieszenie PWZ za brak
aktywności
- 34 Drugie auto w kosztach
jednoosobowej działalności
lekarza
- 35 Treść pieczętki lekarskiej

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 Kierunek jest dobry
(Paweł Barucha)
- 37 Prognozy dla stomatologii
w 2023 roku
- 38 Bliżej nam do Europy czy Afryki?
- 41 Starość nie musi boleć
- 44 Ginący świat interny
- 45 Biuletyn
- 47 Szybsza diagnoza, szybsze leczenie
- 49 Poczucie samotności a dieta
- 50 Powoli wychodzimy z zapaści
- 52 Niedawno temu w Afryce
- 54 Przełom w leczeniu cukrzycy typu 2
- 55 Cząsteczka przywracająca funkcje
wzrokowe
- 56 Różne oblicza depresji
- 58 XI Kongres Polonii Medycznej

PO GODZINACH

- 60 Widzimy się i polityka
(Sławomir Badurek)
- 61 Człowiek z La Manchy
(Jarosław Wanecki)
- 62 Dla dobra wspólnego
- 65 Kalendarz wydarzeń
kulturalnych 2023
- 66 Kultura
- 68 Na szaro
- 70 Wena
- 71 Kalendarz wydarzeń
sportowych 2023
- 74 Zjazdy koleżeńskie
- 76 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Marta Jakubiak
Redaktor naczelna

PANTA RHEI

Zmiana to rozwój. To nowe możliwości. I... cytując za Heraklitem z Efezu... „Nie ma nic stałego, oprócz zmiany”. A skoro „Wszystko płynie i nic nie pozostaje takie samo”, płyniemy i my. Stajemy się zmianą. Jak twierdzi Stanisław Jerzy Lec „Pod prąd własnej krwi płynąć najtrudniej”, więc jeśli zmiana, to dla siebie, nigdy wbrew sobie. Brak zmian też. Wszystko w zgodzie ze sobą. Dziękuję za zmiany, których dokonywaaliśmy wspólnie. Dziękuję za brak zmian. Dziękuję, że mogłam być z Wami. ■■■

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Nadchodzący rok upłynie w samorządzie pod znakiem walki o jakość kształcenia. Jest już zupełnie jasne, że obecna polityka państwa jest prowadzona w taki sposób, aby kształcić jak największą liczbę studentów medycyny, nie zważając przy tym ani na jakość, ani na realne zapotrzebowanie na kadrę medyczną.

Niestety, decydenci głusi są na merytoryczne argumenty, mówiące m.in. o tym, że według dostępnych danych zaczęliśmy już kształcić powyżej potrzeb, tj. „na eksport”, a ułatwienie dostępu do wydziałów lekarskich spowoduje w ciągu kilku lat niedobór kadr pielęgniarskich, diagnostów, fizjoterapeutów czy innych zawodów, bo potencjalni studenci tych kierunków będą wybierali łatwo dostępne kształcenie na kierunkach lekarskich.

Oprócz rozmów z decydentami, wykorzystując dostępne samorządowi uprawnienia, rozpoczęliśmy dyskusję na temat zastosowania art. 11 ustawy o izbach lekarskich w sytuacjach, w których do systemu trafiać będą absolwenci uczelni nieprzygotowani do wykonywania zawodu. Jednocześnie zwróciłem się do Komisji Europejskiej z prośbą o weryfikację otwierania kolejnych uczelni medycznych pod kątem obowiązującej dyrektywy dot. jakości nauczania medycyny. W dalszej kolejności samorząd będzie starał się zaktywizować środowiska studenckie oraz akademickie do wyrażenia swojego głosu w temacie jakości kształcenia. Mamy świadomość, że na naszych oczach rozmontowywany jest system kształcenia lekarzy i wobec tego nie możemy być obojętni.

Nowy rok w samorządzie to również zmierzenie się z wyzwaniami, które stawia przed nami współczesność. Od początku roku działa Centrum Usług Wspólnych Naczelnej Izby Lekarskiej, którego zadaniem jest koordynacja cyfryzacji w samorządzie i zapewnienie niezbędnego wsparcia informatycznego.



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

ROK PEŁEN WYZWAŃ

Korzystamy z międzynarodowych, sprawdzonych wzorców, jednocześnie stawiając NIL w roli koordynatora działań – dziś w wielu organizacjach to centrala (nawet oddalona o setki tysięcy kilometrów) zapewnia informatyczną pomoc, wdrożenia wspólnych nowoczesnych rozwiązań technologicznych, czy utrzymanie serwerów, podczas gdy w regionach potrzebny jest wtedy jedynie bieżący serwis i utrzymanie sprzętowo-techniczne. Pozwoli to na optymalizację kosztową, jeśli chodzi o obsługę naszych systemów, standaryzację narzędzi informatycznych i korzyści ze wspólnych zakupów sprzętu i technologii, a także bardzo bliską współpracę w ramach projektów z zakresu cyfryzacji. Centrum Usług Wspólnych i bliska współpraca izb w tym obszarze może być dobrym prognozą wobec czekającej nas koniecznej modernizacji rejestru lekarzy. Rozwijamy się w tym obszarze bardzo dynamicznie.

Na ukończeniu są już prace pozwalające – we współpracy z Ministerstwem Cyfryzacji, Ministerstwem Zdrowia oraz KPRM – na

udostępnienie do użytku lekarzy elektronicznego PWZ w rządowej aplikacji mobilnej mObywatel. To pierwszy krok w stronę pełnej weryfikacji cyfrowej naszej lekarskiej tożsamości – już dziś mówi się o planach, aby weryfikacja w tej aplikacji dołączyła w przyszłości do profilu zaufanego czy podpisu elektronicznego, a także umożliwiła weryfikację lekarza w systemach np. eZLA, gabinet.gov.pl, czy systemach samorządu zawodowego. Ze strony NIL prace informatyczne zostały już ukończone i jesteśmy gotowi do wdrożenia – oczekujemy jedynie na zatwierdzenie przez ministerstwo oraz w dalszej kolejności konieczne zmiany legislacyjne po stronie rządu.

Rozwijamy też Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK), w którym, oprócz licznych szkoleń i projektów badawczych, osią działania jest stale rozwijająca się sieć lekarzy innowatorów (NIL IN). Zachęcamy wszystkie chętne osoby do aktywności i współtworzenia samorządowych inicjatyw, również tych z Państwa, którzy są zainteresowani innowacjami od strony użytkowników systemów – do kontaktu z COBIK.

Nie zapominamy w izbie również o działaniach wewnątrz naszego środowiska. Ważne jest w tym kontekście zwrócenie uwagi na potrzeby i problemy naszych kolegów i koleżanek będących w szczególnych sytuacjach życiowych, m.in. lekarzy i lekaerek, którzy mają dzieci z niepełnosprawnościami. Za nami pierwsze spotkanie grupy roboczej, w trakcie którego omawiane były potrzeby i propozycje rozwiązań. Jednocześnie główne przesłanie dotychczasowych prac było jedno – największą pomocą, jaką możemy jako środowisko lekarskie służyć tym lekarzom już teraz, jest życzliwość, otwartość, wsparcie i zrozumienie, a także pomoc na co dzień, np. gdy w naszym gabinecie pojawia się poszukujący pomocy medycznej lekarz czy lekarka razem z dzieckiem z niepełnosprawnością. Bardzo proszę wszystkich Państwa o szczególne zrozumienie dla trudnej sytuacji tych z nas, którzy każdego dnia dają przykład niezwykłego heroizmu. W samorządzie również będziemy starali się – na ile to możliwe – likwidować trudności i bariery, z którymi te osoby muszą się mierzyć.

„
**Mamy
świadomość,
że na naszych
oczach
rozmontowywany
jest system
kształcenia
lekarzy
i wobec tego
nie możemy
być obojętni.**

GAZETA LEKARSKA

zmienia się dla Czytelników!

Spełniamy oczekiwania

W 2023 roku „Gazeta Lekarska” będzie dostępna w formie **papierowej i elektronicznej**:

- **3** tradycyjne wydania papierowe dla wszystkich (nr 2/2023, 4/2023 i 6/2023)
- **7** wydań w edycji hybrydowej:
 - **elektroniczna** dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia (do skrzynek mailowych),
 - **papierowa** dla lekarzy i lekarzy dentystów w wieku 70+ (do skrzynek pocztowych)

Jeśli nie jesteś zadowolony z takiego kolportażu, możesz to zmienić.

**NIE CZEKAJ – zdecyduj już teraz,
jakie wydanie „Gazety Lekarskiej”
chcesz mieć. To zajmie tylko 1 minutę!**

- Wejdź na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl/gazeta (albo najedź aparatem telefonu na **QR kod** lub użyj aplikacji **czytnik kod QR**) i wypełnij formularz **Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”**
- Dokonaj wyboru, klikając w jedno z pól, lub zaznacz oba:
 - ☐ chcę otrzymywać wersję papierową
 - ☐ chcę otrzymywać wersję elektroniczną



**Renata Jeziółkowska**

Rzecznik prasowy NIL

BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA

Samorząd lekarski niezmiennie informuje w mediach o proponowanych konstruktywnych rozwiązaniach względem poprawy bezpieczeństwa leczenia. Tłumaczy proponowaną przez środowisko ideę realnego no-fault, stanowiącego jeden z filarów projektu ustawy opracowanej w NIL. Projekt ustawy samorządu o bezpieczeństwie leczenia ma odpowiadać na potrzeby lekarzy i pacjentów, których to potrzeb nie spełnia rządowy projekt tzw. ustawy o jakości. O przepisach z zakresu no-fault prezes NRL rozmawiał z wiceministrem sprawiedliwości Marcinem Warchołem podczas spotkania w siedzibie NIL.

„Samorząd lekarski jest oburzony i zdumiony wypowiedzianymi w Nowej Soli przez prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego niesprawiedliwymi zarzutami pod adresem lekarzy. Stwierdzenie, że „lekarze przesadnie uganiają się za pieniędzmi” jest dla nas wysoce krzywdzące, sugeruje nieprawdziwą tezę, że to chęć zysku jest motywacją do pracy dla lekarzy.

Tego rodzaju wypowiedzi traktujemy jako próby przekierowania na personel medyczny winy za źle działający system ochrony zdrowia, którego organizacja leży w kompetencjach rządzących i z czego konsekwencjami spotykają się na co dzień pacjenci”.



fragment stanowiska PNRL w sprawie wypowiedzi Prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego w Nowej Soli

O TYM SIĘ MÓWI**JAKA JAKOŚĆ?**

Burzliwe dyskusje w przestrzeni publicznej toczą się wokół rządowego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Szereg merytorycznych uwag sformułowało w swoich stanowiskach Prezydium NRL. Krytycznie zapisy dokumentu ocenili przedstawiciele Porozumienia Organizacji Lekarskich, którzy spotkali się w siedzibie NIL w celu analizy projektu, a następnie wystosowali do parlamentarzystów apel z wyszczególnieniem trzech obszarów. Temat wzbudził duże zainteresowanie mediów, które cytowały sformułowania ze stanowisk i apelu oraz prosiły m.in. lekarzy z NRL o dodatkowe komentarze.

„Zwracamy przede wszystkim uwagę, że regulacje i mechanizmy zawarte w rządowym projekcie „ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta” nie przełożą się na realną poprawę jakości i bezpieczeństwa. Proponowane przepisy nie są odpowiedzią na potrzeby pacjentów dotyczące stworzenia skutecznego systemu kompensacji szkód medycznych. Projekt nie uwzględnia postulatów środowisk medycznych związanych z bezpieczeństwem wykonywania zawodu”.



fragment apelu Porozumienia Organizacji Lekarskich do Parlamentarzystów



stanowisko PNRL w sprawie rządowego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

KADRY, WYNAGRODZENIA, ORGANIZACJA PRACY

Wynagrodzenia lekarzy to temat, który bywa wykorzystywany do antagonizowania relacji lekarz-pacjent. Jedną z najgłośniejszych dyskusji w ostatnim czasie wywołał prezes PiS Jarosław Kaczyński, zarzucając lekarzom, że przesadnie uganiają się za pieniędzmi. Swoje oburzenie samorząd wyraził zarówno w formie stanowiska PNRL, jak też w dyskusjach publicznych, podkreślając, że postrzega tego rodzaju sformułowania jako próby wywołania tematów zastępczych, mających odwrócić uwagę od realnych problemów systemu ochrony zdrowia. Niedługo po tej sytuacji przez media przetoczyła się dyskusja o koncepcji jeden lekarz – jeden etat. W dyskusji lekarze zwracali uwagę, że choć idea wydaje się słuszną, to przy obecnej organizacji systemu, opartej na pracy medyków w wymiarze bardzo często znacznie przekraczającym czas jednego etatu, trudno byłoby zapewnić np. ciągłość dyżurów w szpitalach.

WSPÓŁPRACA, SPOTKANIA

Media informowały o podejmowanej i zacieśnianej przez NIL współpracy. Publikowano artykuły o współpracy z OZZL (pod kierownictwem nowej prezes), o obszarach wspólnych działań z Porozumieniem Zielonogórskim – m.in. na rzecz zniesienia obowiązku określania poziomu refundacji przez lekarzy. W klimacie przedświątecznym odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia, podczas którego prezes NRL przekazał ministrowi życzenia – oczekiwania środowiska lekarskiego na dobry początek nowego roku. Z kolei podczas przedświątecznego posiedzenia NRL przedstawicielki Stowarzyszenia Stomatologów Ukrainy w imieniu tamtejszego środowiska lekarzy i lekarzy dentystów przekazały podziękowania dla polskich lekarzy i lekarzy dentystów za wsparcie, jakie zostało udzielone stronie ukraińskiej w obliczu rosyjskiej agresji. Prezes NRL Łukasz Jankowski podkreślił ogromne zaangażowanie i natychmiastowe działania poprzedniej kadencji samorządu przy organizacji pomocy.



KSZTAŁCENIE TYLKO NA UNIWERSYTETACH?



Zapowiedzi otwierania kierunku lekarskiego na kolejnych uczelniach niemedycznych spotykają się z reakcjami samorządu, którego rolą jest sprawowanie pieczy nad wykonywaniem zawodu. Dziennikarze cytowali opublikowane przez NIL pismo skierowane przez prezesa NRL do Komisji

Europejskiej w sprawie interpretacji przepisów dotyczących minimalnych wymogów kształcenia lekarzy. Pismo przekazane zostało do wiadomości również ministrowi zdrowia i ministrowi edukacji i nauki.

PION ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
A ŚRODOWISKA ANTYSZCZEPIONKOWE

W związku z postępowaniami toczącymi się wobec lekarzy, którzy np. w kontekście pandemii i COVID-19 wypowiadali się niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, miały miejsce różnego rodzaju incydenty środowisk antyszczepionkowych. W reakcji na próbę zakłócenia posiedzenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Krakowie przez jednego z posłów, NIL opublikowała oświadczenie. Media zwracały się do nas o komentarze oraz statystyki dotyczące postępowań. Warto nadmienić, że NRL ruszyła z działaniami mającymi na celu wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej.

USTAWA O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

Szerokim echem odbiło się przyjęcie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zapisom której samorząd lekarski zdecydowanie się sprzeciwiał. Sprzeciw wywołały zmiany sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych. Prezydent RP podpisał ustawę mimo skierowanego do niego apelu NRL w sprawie weta. Liczne media śledziły proces legislacyjny i przytaczały stanowiska oraz wypowiedzi reprezentantów NIL.

SEZON INFEKCJI –
REKOMENDACJE RADY
EKSPERTÓW NIL

Lekarze z samorządu bardzo często zabierali głos na temat sytuacji epidemicznej, o infekcjach, wirusach, szczepieniach. Wiele materiałów telewizyjnych, radiowych, prasowych powstało na podstawie zorganizowanej w NIL konferencji prasowej, podczas której zaprezentowanych zostało dziewięć rekomendacji opracowanych przez Radę Ekspertów NIL, mogących wpłynąć na ograniczenie zakażeń wirusowych dróg oddechowych. Rada Ekspertów rekomenduje m.in. wdrożenie w życiu proponowanego ostatnio przez samorząd lekarski pomysłu sprawdzającego się m.in. w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych, mogącego odciążyć system ochrony zdrowia – czyli stworzenie dla pacjenta możliwości uzyskania zwolnienia z pracy w sytuacji niedyspozycji zdrowotnej, bez kontaktu z lekarzem. Temat ten dla mediów okazał się bardzo interesującym newsem.

SOR-Y

Lekarzy proszono o odniesienie się do funkcjonowania przy każdym SOR nocnej i świątecznej opieki medycznej. Podkreślali oni dobry kierunek działań, ale zwracali również uwagę na fakt, że przeniesienie kolejek w inne miejsca nie rozładuje ich.

„Z racji tego, że wszystkie te trzy infekcje, czyli grypa, SARS-CoV-2 oraz RSV, mają bardzo podobny przebieg, to oczywiste jest, że musimy mieć do dyspozycji jako lekarze metody diagnostyczne – czyli musimy mieć możliwość korzystania z testów diagnostycznych, najlepiej szybkich testów antygenowych, najoptymalniej z testów typu combo. Rekomendujemy, aby było ich szerokie rozpowszechnienie, najchętniej z refundacją i w POZ, i w izbach przyjęć, i w szpitalnych oddziałach ratunkowych”



dr hab. Magda Wiśniewska
podczas konferencji
prasowej w NIL

ŚWIADCZENIA NA ODLEGŁOŚĆ

Lekarze z NRL wypowiadali się na temat rozwiązań pozwalających w określonych sytuacjach na upraszczanie udzielania świadczeń, ale zwracali też uwagę na nieszczerłość niektórych narzędzi i mające miejsce nadużycia. Na problemy te zwracali uwagę Ministerstwu Zdrowia. MZ zorganizowało spotkanie, które zrelacjonowaliśmy.

PES

Faktem stało się ustawowe zwolnienie z ustnej części Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzy, którzy z części pisemnej uzyskali co najmniej 75 proc. punktów. Był to postulat samorządu lekarskiego, o realizację którego bezpośrednio zabiegał prezes NRL. Tematem zainteresowały się nie tylko media branżowe, a przedstawiciele samorządu przy okazji wyjaśniali w mediach etapy kształcenia lekarzy. W kontekście PES media informowały również o zakończonym sporze między NIL a Centrum Egzaminów Medycznych. Naczelny Sąd Administracyjny zdecydował, że pytania egzaminacyjne wraz z poprawnymi odpowiedziami, które zostały wykorzystane w poprzednich sesjach PES, powinny zostać udostępnione.

STOMATOLOGIA

W prasie branżowej pojawiały się wzmianki dot. Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia, której przewodniczącym jest wiceprezes NRL Paweł Barucha. Poruszano także kwestie związane z refundacją świadczeń oraz wyzwaniach dla odgrywającej coraz bardziej marginalną rolę publicznej stomatologii. Wśród zagadnień, gdzie cytowano NIL, była m.in. stomatologia dziecięca.

POSTAĆ LEKARZA W REKLAMACH

Jako NIL często komentowaliśmy regulacje dotyczące zakazu wykorzystywania wizerunku lekarza w reklamach leków i wyrobów medycznych. Podkreślaliśmy słuszność takiego podejścia, zwracając uwagę na konieczność budowania zaufania w relacji pacjent-lekarz i na fakt, że odgrywanie roli lekarza oraz sytuacji porady lekarskiej w celach komercyjnych wypacza zaufanie i wprowadza w błąd.



3 proc.

o tyle zwiększyła się liczba wykonywanych świadczeń w I. 2016-2021, podczas gdy wydatki na nie wzrosły aż o 48,9 proc. - wynika z analiz Federacji Przedsiębiorców Polskich. W tym okresie liczba ludności Polski w wieku poprodukcyjnym, tj. częściej wymagających opieki medycznej, zwiększyła się o 843 tys., tj. o 10,9 proc.

1 mld zł

przekroczyło na koniec 2022 r. zadłużenie szpitali z powodu braku płaconych składek ZUS, a prawie 200 placówek zawarło ugody z ZUS na ok. 803 mln zł. Powodem są braki w kasie. Zdarza się, że szpital nie opłaca składek ZUS-owskich swoich pracowników, choć potrąca je z wynagrodzeń, mimo że ich o tym nie informuje.

200 mln zł

co najmniej taka kwota w ciągu roku trafi do szpitali dodatkowo w związku ze zwiększeniem stawki za pierwsze dni hospitalizacji. Od lutego za przyjęcie i wypis pacjenta ze szpitala w tym samym dniu NFZ zapłaci ok. 50 proc. pełnej stawki, a w kolejnych dniach hospitalizacji stawka zacznie stopniowo rosnąć, tak by trzeciego dnia osiągnąć 100 proc.

1,6 tys.

tyle uwag zgłoszono w trakcie konsultacji publicznych projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Praktycznie wszystkie zostały odrzucone przez resort zdrowia. NIL krytykuje projekt za to, że nie spełnia oczekiwań pacjentów co do stworzenia skutecznego systemu kompensacji szkód medycznych ani oczekiwań środowisk medycznych związanych z bezpieczeństwem wykonywania zawodu. MZ nie chce wprowadzić systemu no-fault.

FAKTY

Trwa walka z nieobserwowaną od wielu lat drożyzną. Presja inflacyjna rozlewa się na wszystkie obszary naszego państwa, w tym na ochronę zdrowia, prowadząc do wzrostu cen, ale to nie jest jedyny problem dla lekarzy.

6,5 mld zł

o tyle Senat chce zwiększyć wydatki na zdrowie, aby zrekompensować NFZ zaprzestanie finansowania części zadań ochrony zdrowia z budżetu państwa - zakładają poprawki wyższej izby parlamentu do ustawy budżetowej na 2023 r. Z tej kwoty 5,5 mld zł miałyby zostać przekazane na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a 1 mld zł na oddłużenie szpitali. Senatorowie chcą o 2 mld zł zwiększyć wydatki na leczenie chorób nowotworowych u dzieci, a 700 mln zł dołożyć psychiatrii dziecięcej. O tym, czy poprawki ostaną się w ustawie, zdecyduje Sejm.

5 mld zł

przekroczy łączny wzrost wycen dla sektora szpitalnego w minionym i bieżącym roku, z czego w br. będzie to 4 mld zł więcej. Minister zdrowia zapowiada, że w br. będą premiowane szpitale, które zrealizowały więcej usług medycznych niż przewiduje to kontrakt z NFZ. Ma to pomóc zbilansować budżety placówek, które - jak mówi prezes NFZ - w sposób szczególny włączyły się w spłatę popandemicznego długu zdrowotnego.

9 miesięcy

prawdopodobnie potrwa weryfikacja szpitali, które finalnie znajdują się w Krajowej Sieci Onkologicznej i zaczną leczyć za pieniądze NFZ. Sieć ma ruszyć jesienią. Podmioty, które nie znajdują się w KSO, nie będą mogły realizować opieki onkologicznej w ramach umowy ze środków publicznych. Po wprowadzeniu KSO analogiczne rozwiązanie ma być wdrożone w odniesieniu do kardiologii.

17 zawodów

medycznych (m.in. opiekuna medycznego, dietetyka, asystenta stomatologicznego, technika dentystycznego, technika farmaceutycznego, elektroradiologa) dotyczy projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych przyjęty w połowie stycznia przez Stały Komitet Rady Ministrów. Chodzi m.in. o warunki i zasady ich wykonywania oraz ustawiczny rozwój zawodowy i odpowiedzialność zawodową.

ANALIZA

CZAS ZWAD

Ten rok upłynie pod znakiem wyborów do parlamentu. Zanim do nich dojdzie, część polityków będzie przekonywać, że wybatoży inflację, wie, co robić w obliczu rosyjskiej agresji na Ukrainę i ma pomysł na uzdrowienie ochrony zdrowia.



Mariusz Tomczak

Dziennikarz

Niech skończy się wojna, drożyzna i kolejki do lekarza” – w taki sposób jeden z tabloidów zatytułował tekst podsumowujący noworoczne życzenia i nadzieje Polaków na 2023 r. Myślę, że w środowisku lekarskim także nie brakuje obaw związanych z zachwianym poczuciem bezpieczeństwa międzynarodowego, niespotykanym od dawna wzrostem cen oraz nabrzmiałymi problemami w publicznym leczeniu. Wyzwań jest znacznie więcej, ale te trzy kwestie mogą zdeterminować debatę publiczną w kolejnych miesiącach, wyznaczając oś sporu politycznego. Czas pokaże, jak wpłyną na życie zawodowe lekarzy.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ I WINA

Za dramat, który od prawie roku rozgrywa się za naszą południowo-wschodnią granicą, winę ponosi rosyjski prezydent i jego najbliższe otoczenie. To oczywiste. Z wysoką inflacją jest inaczej – wojna w Ukrainie znacząco przyczyniła się do jej wzrostu w wielu krajach, w tym w Polsce, ale Kremla nie da się obarczyć pełną odpowiedzialnością za ubiegłoroczny wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych (nienotowany od ćwierć wieku wskaźnik inflacji, 17,9 proc., liczony rok do roku, GUS odnotował w październiku). Jeszcze inaczej jest z publicznym systemem ochrony zdrowia – to, jak funkcjonuje, zależy od wielu czynników. Bez wątpienia rządzący nie mają wpływu na wszystko, ale nie są w stanie uciec od odpowiedzialności za jej stan lub podzielić się nią z częścią opozycji (tą, która była u władzy kilka lat temu).

ABY DO JESIENI

Zarówno większość parlamentarna, jak i głowa państwa, wywodzą się z tego samego obozu politycznego. Nie da się, tak jak często bywało w przeszłości, atakować prezydenta o blokowanie reformatorskich posunięć władzy, bo Andrzej Duda sporadycznie korzysta z prawa wetowania ustaw. Od końca 2015 r. publiczne leczenie w naszym kraju porusza się w rytm melodii granej przez partię dysponującą nieomal (nie ma większości wystarczającej do zmiany konstytucji) pełnią władzy. Świadomość tego faktu wydaje się kluczowa w kontekście najważniejszego wydarzenia politycznego w tym roku w Polsce. W październiku lub listopadzie odbędą się wybory do Sejmu i Senatu. Szykuje się ostra walka o to, kto chwyci lejce władzy wykonawczej i przez kolejne cztery lata zacznie decydować o najważniejszych kierunkach działania naszego państwa m.in. w zakresie polityki zdrowotnej.

NIESPODZIANKA DLA LEKARZY?

Z każdym kolejnym miesiącem politycy będą stawać się coraz bardziej aktywni. Nikt nie odpuści. Opozycja doskonale zdaje sobie sprawę, że w odniesieniu do ochrony zdrowia obóz władzy nie ma wielu sukcesów, więc będzie próbowała to zdyskontować, zwłaszcza gdy wzrost cen stanie się mniej odczuwalny, a zza wschodniej granicy zaczną docierać wieści korzystne z polskiego punktu widzenia. Rząd, chcąc zwiększyć szanse na dobry

wynik przy urnach wyborczych, może wypuścić z butelki niejednego dżina. Nie należy być zaskoczonym, jeśli w kolejnych miesiącach pojawią się próby ograniczenia zjawiska wielozatrudnienia wśród lekarzy czy ustawowego ustalenia górnej granicy ich zarobków. Takie pomysły padały

z ust m.in. posła Bolesława Piechy, lekarza mającego bliski dostęp do ucha prezesa partii rządzącej, a minister zdrowia Adam Niedzielski od dawna skłania się ku wprowadzeniu kolej-

nych regulacji zachęcających lekarzy do pracy wyłącznie w sektorze publicznym. Otwarte pozostają pytania, czy stanowiłyby one kij, czy raczej marchewkę, czy faktycznie stałyby się bodźcem do zmniejszenia liczby miejsc pracy i nie pogorszyły dostępu pacjentów do leczenia.

WŁADZA WIE O KOLEJKACH

Z ostatniego raportu Fundacji WHC wynika, że polscy pacjenci coraz dłużej czekają w kolejkach. W 2012 r. średni czas oczekiwania na poradę lekarską, badanie, zabieg czy operację wynosił od 2,2 do 2,7 miesiąca, a w listopadzie ubiegłego roku wzrósł do 3,6 miesiąca. Jest więc gorzej niż 10 lat temu, co nie pasuje do hasła „dobra zmiana”. Wprowadzenie centralnej e-rejestracji, chociaż prawdopodobnie nie od razu obejmie wszystkie poradnie i szpitale, ma być jednym ze sposobów na skrócenie kolejek. Ta bolączka dociera do uszu najważniejszych osób w naszym kraju. W ostatnich miesiącach, w czasie spotkań

**Trudno
ignorować
pytania
o kolejki.**

z wyborcami, prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego pytano głównie o drożynę i wojnę w Ukrainie, ale wielokrotnie musiał też mierzyć się z zarzutami, że rząd nie radzi sobie z polityką zdrowotną. Z badań partyjnych elektoratów jednoznacznie wynika, że na jego ugrupowania głosuje sporo starszych osób, więc statystycznie rzecz ujmując, częściej wymagają opieki medycznej. Tym trudniej ekspremierowi ignorować pytania o kolejki, a te są nie tylko w szpitalach. W ostatnich tygodniach z powodu infekcji wirusowych liczne placówki POZ przeżywają istne oblężenie, a z powodu braku kadr sytuacja staje się podwójnie napięta.

CO ZROBI PREZES?

W czasie spotkań prezes Kaczyński nie zaklinał rzeczywistości, mówiąc, że utyskiwania na publiczną ochronę zdrowia są wysane z palca. Nie przyjmował ciosów ze stoickim spokojem, ale niczym rasowy bokser przeszedł do kontrataku, przynajmniej częściowo przerzucając winę na środowisko lekarskie. Bo, jak mówił, do szpitali trafiają kolejne miliardy, a zarobki lekarzy są niemałe i z roku na rok rosną, co nie idzie w parze ze skróceniem kolejek i poprawą opieki. Diagnoza szefa PiS brzmi następująco: w środowisku lekarskim „pogoń za pieniądzem” jest „przesadna” i „trzeba coś z tym zrobić”. Wielu lekarzy odebrało te słowa jak groźbę. Przez brak spektakularnych sukcesów rządu w reformowaniu ochrony zdrowia niczym bumerang powróci zażarty spór o odpowiedzialność za jej stan. Wzmogą się dyskusje o tym, na co są przeznaczane pieniądze z naszych podatków, co pacjent dostaje w zamian za składkę zdrowotną i jaka ich część trafia do kieszeni personelu medycznego. Nie obejdzie się bez dyskusji o lekarskich zarobkach, a być może i o emeryturach, skoro – jak ostatnio poinformował ZUS – najwyższą emeryturę na Dolnym Śląsku, 26 tys. zł, dostaje właśnie lekarz (nawiasem mówiąc, po 54 latach pracy w zawodzie).

6 PROC. PKB: PRAWDA CZY FAŁSZ?

Im bliżej do wyborów, tym będzie więcej zwad. Osoby związane z obozem rządowym setki razy powtarzają, że w 2023 r. publiczne nakłady na ochronę zdrowia przekroczą 6 proc. PKB, a w 2027 r. osiągną 7 proc. PKB. Szkopuł w tym, że

w ustawie o świadczeniach zastosowano sprytny zabieg polegający na odnoszeniu tych liczb do poziomu PKB sprzed dwóch lat. Efekt? Zgodnie z przyjętą przez Sejm w połowie grudnia ustawą budżetową, w tym roku wydatki na zdrowie mają wynieść ok. 160 mld zł – to ponad 6 proc. PKB, ale tego sprzed dwóch lat i, prawdopodobnie, tylko 4,81 proc. tegorocznego PKB. W ujęciu nominalnym nakłady rosną, ale wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że zmniejszą się w porównaniu z 2022 r. czy 2021 r. Możliwy jest scenariusz, że w czasie walki o głosy wyborców rząd „dosypie” środków na ochronę zdrowia lub obieca, że to zrobi, o ile utrzyma się u władzy.

SPIN DOKTORZY

Niewykluczone, że w kolejnych miesiącach będziemy świadkami kolejnych sztuczek polegających na dodawaniu do kontrowersyjnych ustaw pomysłów wychodzących naprzeciw oczekiwaniom pewnych grup społecznych. W takich sytuacjach część posłów ma wątpliwości, jak zagłosować, a sporo osób uważnie śledzących proces legislacyjny ma problem z jednoznaczną oceną.

Wątpię, że projekty takich ustaw są pisane w pośpiechu na kolanach posłów zasiadających w tylnych ławach Sejmu, choć niewykluczone, że czasami i tak się dzieje. W tym chaosie prawdopodobnie jest metoda – nierzadko to dzieło partyjnych spin doktorów umyślnie mieszających w legislacyjnym kotle, tak by tworzyć odpowiednią narrację. W ich chłodnej kalkulacji podszcypywanie lekarzy może mieć głęboki sens, tak jak naprzemienne dosypywanie i zabieranie publicznego grosza publicznemu lecznictwu. Nie od dziś wiadomo, że w mętnej wodzie łatwiej łowi się ryby.

LICYTACJI NIE UNIKNIEMY

W kolejnych miesiącach czeka nas wysyp rozmaitych pomysłów na uzdrowienie sytuacji w ochronie zdrowia. Takich możliwych do spełnienia, jak i kompletnie nierealnych. Przed poprzednimi wyborami do parlamentu lider najważniejszej partii opozycyjnej, przewodniczący PO Grzegorz Schetyna, konsekwentnie obiecywał skrócenie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty do 21 dni i przyjmowanie pacjentów w SOR w ciągu 60 minut. Niestety nigdy nie powiedział, w oparciu

NRL MA PROJEKT USTAWY

Tuż przed świętami Bożego Narodzenia do Sejmu wpłynął rządowy projekt ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Jego procedowanie rozпалиło emocje w środowisku lekarskim, gdy znacznie szerzej roznieście się wieść, jak nowe przepisy wpłyną na jego pracę, w szczególności w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Jeśli ustawa wejdzie w życie, to każdy medyk pracujący w szpitalu będzie musiał poznać reguły „wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa” i stosować się do nich, a za ich lekceważenie narażać się na konsekwencje. W dokumencie nie ma najważniejszych postulatów zgłaszanych przez samorząd lekarski. Pod koniec stycznia NRL zaprezentuje własny projekt ustawy zawierający rozwiązania oparte na idei no-fault. Dokument może stanowić punkt odniesienia w trakcie licznych dyskusji o ochronie zdrowia, przyczyniając się do popularyzacji kwestii bezpieczeństwa leczenia i lepszego zrozumienia specyfiki wykonywania zawodu lekarza. Część z nich ma nadzieję, że na tym się nie skończy i właśnie w roku wyborczym, gdy w debacie publicznie zacznie bużować, a politycy będą gorączkowo walczyć o głosy, nadarzy się okazja na wprowadzenie w życie no-fault zgodnie z hasłem: „bezpieczne leczenie to nie przestępstwo”.

o jakie założenia oparł te wyliczenia. Jego ugrupowanie przegrało, więc nie mieliśmy okazji przekonać się, czy da się to zrobić, czy był to zwykły błąd. Przedwyborcza licytacja wydaje się nie do uniknięcia. Większość ugrupowań zacznie prześcigać się w składaniu kosztownych obietnic, choć w związku z napiętą sytuacją międzynarodową możliwości ich sfinansowania stały się utrudnione.

WOJNA A OCHRONA ZDROWIA

Wojna w Ukrainie postawiła przed krajami Europy Środkowej i Wschodniej nowe wyzwania, wpływając na zmianę priorytetów polityki państwa. Polskie wsparcie dla naszego sąsiada i uciekających stamtąd uchodźców wyniosło już kilkadziesiąt



miliardów złotych, z czego na 10 mld zł szacuje się wartość uzbrojenia przekazanego Ukraincom. Wiele krajów skokowo zwiększa nakłady i wydatki na obronność. My też. Tegoroczny budżet na obronę narodową wyniesie blisko 100 mld zł, a 30-40 mld zł ma pochodzić z Funduszu Wsparcia Sił Zbrojnych. To niemałe kwoty, zwłaszcza gdy się je zestawi z publicznymi nakładami na zdrowie (wyniosą one, przypominam, ok. 160 mld zł). Z jednej strony modernizacja armii oraz wzrost liczebności wojska stanowi inwestycję w bezpieczeństwo. Po tym, gdy nasz nieobliczalny sąsiad urządził Ukraincom krwawą łaźnię, w Europie mało kto chce na nim oszczędzać. Z drugiej - rosnące wydatki na cele wojskowe rykoszetem uderzą w inne sfery działania naszego państwa, w tym m.in. ochronę zdrowia. Nowe wydatki pociągają

za sobą konieczność podniesienia podatków lub zadłużania się.

SZPITALA: PŁACĄ I PŁACĄ

Od dawna finansowa kołdra jest przykrótka, przez co nie wystarcza na zaspokojenie rosnących potrzeb zdrowotnych starzejącego się polskiego społeczeństwa. W ostatnich miesiącach sytuację wielu placówek pogorszyły „faktury grozy” za energię elektryczną i ciepłą, a także zakup towarów i usług niezbędnych do codziennego funkcjonowania. Inflacja w ochronie zdrowia jest znacznie wyższa niż inflacja konsumencka. Producenci i dostawcy uzasadniają podwyżki wzrostem cen, dyrektorzy płacą i... płacą, a niektóre szpitale szorują po finansowym dnie. Pieniądzy nie wystarcza także na spełnienie oczekiwań personelu medycznego. Trudno nie liczyć

się z postulatami podwyżkowymi w kolejnych miesiącach, zwłaszcza jeśli dochodzenie do poziomu inflacji notowanego kilka lat temu okaże się maratonem rozciągającym na wiele miesięcy.

999 ZŁ DLA SPECJALISTY?

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich wstępnie wyliczyli, że od 1 lipca najniższe wynagrodzenie lekarza ze specjalizacją wzrośnie o ok. 999 zł (brutto), lekarza bez specjalizacji o ok. 820 zł, a stażysty o ok. 654 zł. Dynamika wzrostu tych podwyżek może być niższa od średniorocznej inflacji w Polsce (ankietowane przez NBP ośrodki analityczne spodziewają się, że w 2023 r. znajdzie się ona w przedziale 11,7-15,3 proc.). To nie spotka się z zadowoleniem osób, których dotyczy ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego w podmiotach leczniczych. Określa ona współczynniki pracy, o których wysokość przedstawiciele samorządu lekarskiego toczyli zażarty bój w minionym roku, zwracając uwagę, że są nieadekwatne do pracy lekarzy i zakresu ich odpowiedzialności. Wówczas pojawiły się duże problemy ze sfinansowaniem ustawowych podwyżek przez szpitale. W 2022 r. środki na ten cel pochodziły ze wzrostu wyceny świadczeń, a nie tak jak dwa lata temu z odrębnej puli. W tym roku prawdopodobnie będzie podobnie. W teorii pozwala to dyrektorom na większą swobodę w zarządzaniu finansami, ale w praktyce nie rozwiązuje problemu krótkiej koldry.

SKOK NA KASĘ NFZ

W ostatnich tygodniach obóz rządzący wizerunkowo strzelił sobie w stopę, przyjmując regulację zmniejszającą wielkość środków na ochronę zdrowia o kilkanaście mld zł. To efekt wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw, zwanej czasami „skokiem na kasę NFZ”. Prezydent nie przychylił się do apelu NRL i nie skorzystał z prawa weta. Na ustawie nie zostawiono suchej nitki, mimo że znalazł się w niej przepis oczekiwany przez wielu młodych lekarzy. Chodzi o zwolnienie (od najbliższej sesji wiosennej) z egzaminu ustnego wchodzącego w skład PES osób, które z części testowej uzyskały co najmniej 75 proc. poprawnych odpowiedzi. Osobom krytykującym nową regulację (za uszczuplanie puli środków na leczenie) mówiono, że są w niej rozwiązania (te dotyczące PES), których domagali się sami lekarze.

ONKOLOGIA WYZNACZY KIERUNEK?

Nie wiadomo, czy w tym roku zostanie uchwalona ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, a jeśli do tego dojdzie, w jakim brzmieniu trafi na biurko prezydenta. To jeden z najbardziej kontrowersyjnych projektów przygotowanych za czasów obecnego ministra zdrowia, choć już kilka miesięcy temu wycofał się on z najdalej idących zapowiedzi. Liczni politycy, zwłaszcza na szczeblu lokalnym, nie chcieli zgodzić się na rewolucję. Znacznie mniej sporów budzi przyjęty przez Radę Ministrów na początku stycznia projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Z tego powodu ma większe szanse na uchwalenie do końca tej kadencji. Po wejściu w życie ustawy o KSO, przy określaniu standardów leczenia dojdzie do pewnej ingerencji w obszar zarezerwowany do tej pory dla klinicystów, a ośrodki mają być oceniane m.in. w oparciu o kilkadziesiąt mierników jakości. „Wiwisekcja jakościowa”, jak jeden z onkologów sprzyjających KSO określa skutki nowych przepisów, może wyznaczyć kierunek zmian legislacyjnych na kolejne lata. Na razie mało kto mówi o tym, że po onkologii prawdopodobnie przyjdzie czas na inne dziedziny. Może właśnie po jesiennych wyborach? A może jeszcze wcześniej, by stworzyć pozory, że lekarze boją się zmian?

Sonda

Sejm zajmuje się projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. To może być najważniejsza „zdrowotna” ustawa w 2023 r. Jednak wyzwania, które czekają na środowisko lekarskie w nadchodzących miesiącach, jest dużo więcej.



Dr Klaudiusz Komor

wiceprezes NRL, były prezes ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej, specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii

W tym roku największym problemem dla ochrony zdrowia może być brak środków. W wyniku niedawnej nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i innych ustaw, z systemu została wyprowadzona znaczna ilość pieniędzy (mówi się o kwocie rzędu 13-17 mld zł) poprzez to, że na Narodowy Fundusz Zdrowia przerzucono obowiązek realizacji zadań dotychczas finansowanych z budżetu państwa. Jeśli Fundusz nie otrzyma dodatkowych pieniędzy, wykupi mniej usług medycznych, zwłaszcza w szpitalach, co wydłuży kolejki, w szczególności do planowych procedur i do lekarzy specjalistów. Niezadowolone pacjentów i ich gniew, słuszny skądinąd, będą wyładowywane na pracownikach ochrony zdrowia. Na pierwszej linii znajdują się panie rejestratorki i pielęgniarki, ale ostatecznie wszystkiemu będzie winny lekarz. Niestety tak próbują to przedstawiać politycy, zrzucając winę za złe działający system na personel. Paradoksalnie, biorąc pod uwagę wysokość nakładów na publiczną ochronę zdrowia, i tak działa ona nadzwyczaj dobrze, głównie dlatego że medycy pracują ponad miarę. W połowie stycznia w Sejmie



odbyło się pierwsze czytanie projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Liczyliśmy, że w ramach tej ustawy uda się wprowadzić system no-fault, tak by personel medyczny nie odpowiadał karnie za niezawinione niepożądane zdarzenia medyczne. Takie rozwiązanie sprawdza się w wielu krajach, szczególnie w Skandynawii. W Polsce mogłoby ono poprawić sytuację szczególnie w specjalizacjach zabiegowych, takich jak chirurgia ogólna, w której większość szpitali publicznych odczuwa ogromny niedobór kadr. Nie ma też chęci ze strony młodych lekarzy do podejmowania kształcenia w tym kierunku. Rozwiązania przewidziane w projekcie ustawy o jakości w dalszym ciągu mają opierać się na poszukiwaniu winnego i karaniu go. Wbrew temu, co mówią rządzący, nie doprowadzi to do zmniejszenia liczby błędów medycznych. Występowanie błędów i zdarzeń niepożądanych

W no-fault nie chodzi o bezkarność.

trzeba ograniczać poprzez uczenie się. We wszystkich systemach zarządzania jakością istoty nie stanowi kara, ale znalezienie przyczyny problemu i wyeliminowanie jej, tak by w przyszłości nie doszło do powtórki. Wielokrotnie staraliśmy się wyjaśnić, że w no-fault nie chodzi o bezkarność. Zasada nie byłaby stosowana w przypadku rażących zaniedbań czy w przypadku popełnienia błędu przez lekarza pod wpływem alkoholu czy narkotyków.



Dr Michał Sutkowski

rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej

Kardiologia i onkologia – to dwa obszary, w których w najbliższych miesiącach powinno dojść do poważnych zmian. Ta potrzeba wynika z dużej liczby osób umierających z powodu nowotworów i chorób sercowo-naczyniowych, ale również długa zdrowotność, który wprawdzie przyrasta w mniejszym tempie niż jeszcze rok czy dwa lata temu, ale wiele osób wciąż nie jest przekonana do zgłoszenia się do lekarza. Chyba każdy pacjent onkologiczny jest zagubiony w systemie, a dodatkowo przestraszony, dlatego ważne jest upraszczanie procedur związanych z wejściem do systemu. Karta DiLO się sprawdziła, ale bez dodatkowego wsparcia to za mało. Mam nadzieję, że Krajowa Sieć Onkologiczna przyczyni się do poprawy sytuacji pacjentów, choć zdaję sobie sprawę z obaw wyrażanych przez część onkologów. Kluczowa, przynajmniej z punktu widzenia pacjentów onkologicznych, wydaje się pomoc koordynatora. Jeśli w całym kraju uda się zorganizować ich pracę tak jak na Dolnym Śląsku i w Świętokrzyskiem w trakcie pilotażu KSO, będzie to powód do dumy. O ile w kardiologii interwencyjnej mamy sporo sukcesów, nawet na tle Europy Zachodniej, o tyle wiele do zrobienia pozostaje w szeroko pojętej opiece nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością krążenia, chorobą wieńcową, z nadciśnieniem tętniczym czy migotaniem przedsionków.



Damian Patecki

członek Prezydium NRL, przewodniczący Komisji
Kształcenia Medycznego NRL, anestezjolog

Na nadchodzące miesiące Komisja Kształcenia Medycznego Naczelnej Rady Lekarskiej stawia przed sobą kilka celów. Po pierwsze, chcemy zabiegać o poprawę jakości kształcenia, głównie przeddyplomowego. Po drugie, planujemy upewnić się, że wszystkie uczelnie kształcące lekarzy robią to we właściwy sposób. I po trzecie, w związku z rosnącą liczbą studentów kierunku lekarskiego, postanowiliśmy sprawdzić, czy to będzie miało przełożenie na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia. Za kilka miesięcy kształcenie lekarzy rozpoczną dwie kolejne uczelnie. Odpowiedź na pytanie, czy okaże się to dobrą decyzją, brzmi podobnie jak w większości książek medycznych: „to zależy”. Nie da się dokonać obiektywnej oceny

Prawnicy NIL odkryli szereg absurdów.

bez uwzględnienia czynników wpływających na jakość kształcenia. Do wszystkich placówek, w których już istnieje kierunek lekarski lub są plany jego utworzenia, zamierzamy wysłać oficjalne pisma. Chcemy pytać m.in. o to, czy posiadają prosektorium, jaką mają bazę dydaktyczną, ile zajęć nie odbywa się z powodu braku kadr. Część uczelni odpięła ten ostatni zarzut, twierdząc, że wszyscy borykają się z niedoborem dydaktyków. Nie rozumiem, jak można angażować się w kształcenie nowych lekarzy, skoro brakuje wykładów akademickich. Nasze pytania mają być proste, bezpośrednie – tak by nie można było niczego „ukryć”, udzielając na nie odpowiedzi. Mam nadzieję, że to pozwoli władzom niektórych uczelni zasugerować potencjalne braki, a jeśli zostanie to wykazane, skłoni je do głębszej refleksji. W ubiegłym roku prawnicy NIL odkryli szereg absurdów w obowiązujących przepisach. Okazuje się, że można kontynuować kształcenie nawet wtedy, gdy uczelnia otrzyma negatywną ocenę Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Podejrzewam, że ustawodawcy nie przewidzieli, że będą potrzebne bezpieczniki uniemożliwiające lekceważenie opinii PKA.



Jacek Krajewski

prezes zarządu Federacji Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”

Z punktu widzenia lekarzy rodzinnych największym tegorocznym wyzwaniem – poza wzrostem kosztów w całej ochronie zdrowia, co w znacznym stopniu wiąże się z wysoką inflacją, i planowanymi zmianami legislacyjnymi, np. znajdującym się w Sejmie projektem ustawy o jakości – wydaje się wejście w życie opieki koordynowanej. Polega ona na zwiększeniu zakresu świadczeń w POZ. Chodzi o wprowadzenie możliwości leczenia najczęstszych chorób przewlekłych u swojego lekarza rodzinnego, który stworzy Indywidualny Plan Opieki Medycznej dla pacjenta objętego koordynacją. Zleci on również dodatkowe badania diagnostyczne, a także m.in. konsultacje z dietetykiem i wizyty edukacyjne pacjentów w kierunku radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Dla wsparcia procesu zarządzania ruchem pacjenta

Opieka koordynowana to wielkie wyzwanie.

wprowadza się stanowisko koordynatora. W naszym środowisku obserwuję duże zainteresowanie nową formą opieki nad pacjentami. W ostatnich dwóch miesiącach 2022 r. wnioski o przystąpienie złożyło kilkadziesiąt placówek POZ, a do połowy stycznia br. kilkaset kolejnych. Myślę, że do końca tego roku łącznie zdecyduje się na ten krok 20-25 proc. świadczeniodawców, oczywiście pod warunkiem, że nie zmienią się zasady zawarte w umowach z NFZ. Część placówek tego nie robi, bo opieka koordynowana stanowi wielkie wyzwanie z uwagi na braki kadrowe i dość wysoką średnią wieku, zarówno lekarzy rodzinnych, jak i pielęgniarek. Przystąpienie do niej zwiększa populację pacjentów chorych przewlekłe pozostających pod opieką poradni POZ. Dla części lekarzy oznacza to konieczność odświeżenia pewnej wiedzy w zakresie diagnostyki, interpretacji badań i zastosowania jej w ramach terapii.



Marcin Karolewski

członek NRL, przewodniczący Komisji
ds. Szpitalnictwa NRL, wiceprezes Wielkopolskiej
Izby Lekarskiej

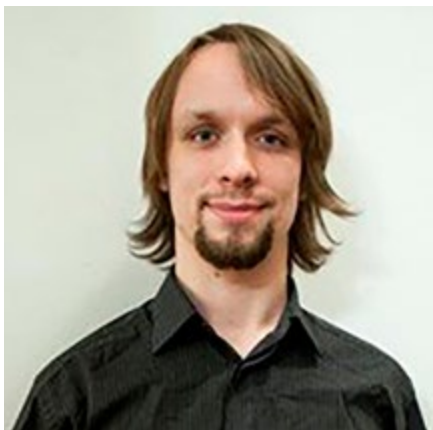
Polskie szpitale zmagają się z wielkim kryzysem kadrowym. O ile wcześniej dotyczył on placówek powiatowych i miejskich, to teraz obejmuje nawet kliniczne, co wcześniej było nie do pomyślenia. Wszyscy mierzą się także z wyzwaniami natury ekonomicznej. Dużym obciążeniem finansowym stała się ustawa o minimalnych wynagrodzeniach, choć z punktu widzenia pracowników podwyżki, które zagwarantowała, nie wydają się wygórowane. Przerzucanie pewnych obowiązków do budżetu NFZ, np. finansowanie ratownictwa medycznego, prowadzi do zmniejszenia puli środków dostępnych w szpitalnictwie

przy rosnących kosztach jego funkcjonowania. Wiele placówek wciąż nie może podnieść się po zmianach z początku pandemii. Te, które były przekształcane przed dwoma laty w covidowe, nie zawsze odzyskały personel – sporo lekarzy odeszło na emeryturę, zrezygnowało z zatrudnienia w szpitalnictwie lub po prostu zmieniło miejsce pracy. Odpływ kadr powoduje coraz większe obciążenie dla osób nadal pracujących w szpitalu. Sam od zeszłego miesiąca dyżuruję co drugi dzień. Nie wiem, w jaki sposób pokonać ten kryzys. Odkąd za rozwiązywanie bolączek systemu ochrony zdrowia wzięli się politycy, którzy próbują zbijać kapitał polityczny na atakowaniu lekarzy, jest coraz gorzej, a nie lepiej. Merytoryczna rozmowa o problemach zwykle kończy się przerzucaniem odpowiedzialności za kryzys na nas, choć to nie my odpowiadamy za kształt regulacji. Politycy w ogóle nie chcą rozmawiać o niewygodnych tematach. Gdyby byli otwarci na takie rozmowy, musieliby przyznać, że być może jest za dużo szpitali, obciążenie w nich pracą jest nadmierne, a lekarze pracują ponad miarę nie z pazerności, lecz z konieczności.

WSPÓŁPRACA SIĘ OPŁACA

Jesteśmy po to, ŻEBY ZWIĘKSZAĆ MOŻLIWOŚCI

Z *Piotrem Kalkowskim*, członkiem Prezydium NRL i pełnomocnikiem ds. rozwoju informatyzacji odpowiedzialnym za Centrum Usług Wspólnych Naczelnej Izby Lekarskiej, rozmawia Marta Jakubiak.



■ Kiedy i dlaczego powołano CUW NIL? Jakie kompetencje przypisano tej jednostce? Wraz z początkiem roku stworzono dział, którego rolą będzie integracja wszystkich usług informatycznych, które w wielu izbach okręgowych, ale także Naczelnej Izbie Lekarskiej, były dotychczas zbędnie powielane.

■ Na przykład?

Przed każdą jednostką naszego samorządu zawodowego stoją podobne wyzwania, które wynikają z obowiązków ustawowych. Mamy podobne przepływy dokumentów, dla lekarzy świadczymy zbliżone usługi. Każda z izb stara się sprostać tym wyzwaniom, ale do tej pory robiła to, opracowując swoje systemy i dbając o ich

bezpieczeństwo niezależnie. Dlatego pomyśleliśmy, że warto połączyć wszystko w jedno centrum. Zintegruje ono wiele powtarzanych czynności, za które dotychczas odpowiadały okręgowe izby lekarskie, płaciły za nie albo nie znajdowały funduszy, żeby wystarczająco zabezpieczyć swoje usługi lub je rozwinąć. Pomyśleliśmy o zintegrowaniu ich i stworzeniu czegoś w rodzaju parasola NIL nad izbami okręgowymi. Wspólnie możemy więcej.

■ O jakie usługi chodzi?

Pierwszym przykładem, może mało atrakcyjnym z punktu widzenia lekarza, ale niezbędnym w naszej działalności, jest bezpieczeństwo. Izby lekarskie, wykonując swoje obowiązki administracyjne, przetwarzają ogromne ilości danych osobowych. Te dane w wielu przypadkach, zważywszy choćby na postępowania sądowe, pion odpowiedzialności zawodowej, są bardzo wrażliwe. Dotychczas były one zabezpieczone, ale wspólnie możemy zadbać o ich bezpieczeństwo jeszcze lepiej. Naszym priorytetem jest odpowiednie zabezpieczenie infrastruktury serwerowej, dbanie o retencję danych osobowych.

Drugim przykładem, paradoksalnie prostszym, ale z pewnością bardziej atrakcyjnym na zewnątrz, są usługi dla samych lekarzy, czyli umożliwienie im, by mogli w łatwy sposób aktualizować

”

W ramach aplikacji mObywatel lekarz będzie mógł także sprawdzić swoje dane, które widnieją w systemie, a także informacje, które posiadają okręgowa i Naczelna Izba Lekarska.

swoje dane, złożyć do izby pismo elektronicznie. Wiele izb wprowadziło już choć częściowo takie udogodnienia, ale chcemy, szczególnie z myślą o mniejszych izbach, scentralizować system i ujednolicić takie działania, by lekarze w całej Polsce mieli możliwość załatwienia spraw on-line.

📌 Kiedy można spodziewać się realizacji tych projektów?

Na pewno w tej kadencji. To proces wieloetapowy. Mam nadzieję, że pierwsze zmiany legislacyjne, które są niezbędne dla naszych działań, zostaną wprowadzone już w pierwszej połowie tego roku, zaś ich efekty będą widoczne w drugiej połowie roku.

Myślę, że dla naszych czytelników, oprócz zakładania i załatwiania spraw elektronicznie, interesujący może być również główny priorytet tej kadencji, czyli doprowadzenie do tego, by możliwe było w naszym samorządzie zawodowym przeprowadzenie wyborów w formie elektronicznej, ale także większa dostępność niektórych usług, jak biuletyny okręgowe czy „Gazeta Lekarska”, w wersji on-line.

📌 Wprowadzenie e-PWZ także jest w kompetencjach CUW?

To jeden z naszych ważniejszych projektów, który mamy nadzieję zrealizować z końcem pierwszego kwartału 2023 r. Planujemy uruchomienie elektronicznego prawa wykonywania zawodu, mającego pełną moc dokumentu, którym można się posługiwać i uwierzytelniać posiadanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty na terenie Polski.

📌 W jaki sposób będzie można go zdobyć?

Mogę uchylić rąbka tajemnicy, bo udało nam się opracować już całą procedurę. Lekarz właściwie nie będzie musiał robić nic. Wystarczy, że pobierze rządową aplikację mObywatel. Logując się do niej, należy wybrać opcję pobrania elektronicznego prawa wykonywania zawodu, wyrazić odpowiednie zgody, akceptując regulamin, a system OIL i NIL automatycznie wygeneruje dokument e-PWZ.

W ramach aplikacji mObywatel lekarz będzie mógł także sprawdzić swoje dane, które widnieją w systemie, a także informacje, które posiadają okręgowa i Naczelna Izba Lekarska. Finalnie mamy nadzieję, że lekarze będą mogli za pomocą tego dokumentu wziąć udział w elektronicznych wyborach przedstawicieli samorządu lekarskiego.

W przypadku najmłodszych lekarzy planujemy częściową eliminację

”

**Planujemy
uruchomienie
elektronicznego prawa
wykonywania zawodu,
mającego pełną moc
dokumentu, którym
można się posługiwać
i uwierzytelniać
posiadanie uprawnień
do wykonywania
zawodu lekarza lub
lekarza dentysty na
terenie Polski.**

poliwęglanowego prawa wykonywania zawodu na rzecz właśnie warstwy elektronicznej. Jednak zawsze będziemy stać na stanowisku, że lekarz ma prawo wyboru, czy życzy sobie dokument fizyczny, elektroniczny czy może oba. Jesteśmy po to, żeby zwiększać możliwości, a nie je ograniczać.

📌 Jakich innych ułatwień można się spodziewać?

Wśród wyzwań stojących przed nami jest rozwój aktualnych rejestrów lekarzy, praktyk i systemów obsługujących biura rzecznicza odpowiedzialności zawodowej oraz sądów lekarskich. Są one kluczowe nie tylko z punktu widzenia ustawowego, ale także z uwagi na konieczność umożliwienia pracy obsługującym je osobom. Usprawnienie tych systemów i połączenie ich w jedną całość z systemami zewnętrznymi, które już istnieją, jak np. system RPWDL i platforma P-1, będzie kolejnym krokiem w celu zwiększenia nie tylko wydajności pracy okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej, ale także dla zwiększenia

użyteczności tych instytucji dla lekarza. Z kolei jednym z tematów, który planujemy z wiceprezesem NRL Pawłem Baruchą, jest analiza możliwości stworzenia dla lekarzy i lekarzy dentystów prostych systemów umożliwiających wypełnianie nowo stworzonych obowiązków prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

📌 Gdzie i jak lekarze będą informowani, co nowego powstało, z jakich ułatwień mogą skorzystać?

Nasze przedsięwzięcia dzielimy na kilka kategorii. Myślę, że podstawową rzeczą, którą każdy lekarz powinien być zainteresowany, to komunikacja z jego okręgową izbą lekarską oraz śledzenie aktualności na łamach izbowych biuletynów oraz na stronie internetowej NIL.

Każdy czytelnik „Gazety Lekarskiej”, a także ten, kto śledzi nasze social media, jak Facebook, Twitter, takie informacje uzyska.

📌 Centrum Usług Wspólnych NIL jest zaangażowane również we wprowadzenie nowej elektronicznej wersji „Gazety Lekarskiej”. Jest trema?

Stresy i trema w zawodzie są, niezależnie, czy mówimy tutaj o medycynie, czy o kwestiach informacyjnych. Zawsze w momencie podejmowania tak ambitnych zadań czuje się odpowiedzialność i związaną z nią obawę, czy wszystko się uda. Wierzę, że tak będzie.

W momencie, kiedy uświadomimy sobie, że samorząd zawodowy jest świetną przestrzenią, w której możemy realizować ambitne projekty, rozumiejąc cel, który nam przyświeca, czyli wspieranie lekarzy i lekarzy dentystów, te decyzje przychodzą łatwiej. Jeżeli coś pójdzie nie tak, prosimy o wyrozumiałość, bo to ogromne przedsięwzięcia. Pierwsze efekty zmian w tym obszarze już są – lekarze i lekarze dentyści mogą składać on-line deklarację, którą wersję „Gazety Lekarskiej” chcą mieć: papierową czy elektroniczną. Mamy nadzieję, że w przyszłości możliwa będzie też aktualizacja danych lekarzy przez stronę Naczelnej Izby Lekarskiej i coraz większą liczbę izb okręgowych. Pragniemy uwalniać dla lekarzy zasoby. ■■■



Na sto sposobów

Na co lekarze i lekarze dentyści mogą liczyć ze strony izb okręgowych? W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, postanowiliśmy przyjrzeć się podejmowanym przez OIL inicjatywom. Tylko tym wybranym, bo opisanie wszystkich zajęłoby sporo miejsca.

Mariusz Tomczak *Dziennikarz*

Nie tak łatwo porównać wszystkie izby okręgowe. Różnica między Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie, do której należy ok. 35 tys. członków, a OIL w Gorzowie Wielkopolskim, zrzeszającą ok. 1,3 tys., mówi sama za siebie. Liczebność przekłada się na możliwości działania, ale nie tylko z powodu budżetu.

PODOBIENSTWA I RÓŻNICE

Niektóre izby obejmują rozległy obszar, a przejechanie z jednego końca na drugi wiąże się z kilkugodzinną jazdą samochodem, a w innych odległości między wszystkimi powiatami są znośne. Obszar działania nie zawsze pokrywa się z podziałem administracyjnym Polski. Zdarza się, że granice idą pod prąd nawet pod względem historycznym. Zakres inicjatyw podejmowanych przez

izby jest szeroki, różnorodny i nie zawsze jednakowy. Choć na pierwszy rzut oka wiele aktywności wydaje się podobnych, a czasami wręcz identycznych, w praktyce różnią się w wielu szczegółach i są obwarowane odmiennymi kryteriami. Niektóre inicjatywy mają charakter lokalny, a inne ogólnokrajowy. Część jest adresowana do wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, inne tylko do wybranej grupy członków, ale zdarzają się również te skierowane do ich rodzin.

KURSY I SZKOLENIA

Jedną z najbardziej oczywistych aktywności podejmowanych przez OIL jest organizacja lub współorganizacja szkoleń, kursów, warsztatów, konferencji naukowych i innych wydarzeń o charakterze edukacyjno-szkoleniowym. Niektóre izby

nie tylko ułatwiają lekarzom wywiązanie się z obowiązku doskonalenia zawodowego, ale również pomagają w przyspieszeniu realizacji programu specjalizacyjnego. Organizowane są szkolenia stacjonarne i on-line, np. w formie webinarów. Ich tematyka jest przebogata. Zdarza się, że w ogóle nie dotyczy medycyny, mimo że jest związana z wykonywaniem zawodu, obejmując takie zagadnienia, jak: doskonalenie kompetencji miękkich, naukę skutecznej komunikacji z pacjentami, konsultacje z doradcą dodatkowym, doskonalenie znajomości języków obcych. Znane są przypadki szeregowego wychodzenia z ofertą edukacyjną poza środowisko lekarskie, np. w formie organizacji szkolenia dyrektorów medycznych czy profesjonalnych warsztatów dla rzeczników prasowych szpitali, tak by mogli jeszcze lepiej współpracować

z dziennikarzami i skuteczniej dbać o wizerunek środowiska lekarskiego.

NIE TYLKO MEDYCYNĄ

Część wydarzeń o charakterze edukacyjno-szkoleniowym jest adresowana wyłącznie do członków macierzystej izby, ale nierzadko mogą w nich uczestniczyć lekarze z różnych części kraju. OIL organizują je samodzielnie albo współpracują m.in. z uniwersytetami, szpitalami, towarzystwami naukowymi czy konsultantami medycznymi. Czasami, gdy uczestników jest kilkunastu, mają charakter kameralny, ale nie brakuje i takich, w których bierze udział kilkadziesiąt czy kilkaset osób. Niektóre izby dofinansowują swoim członkom udział w wybranych konferencjach, kursach i szkoleniach. Bywa, że wręczają nagrody finansowe dla najlepszych specjalizujących się lekarzy, stosując różne kryteria ich przyznawania. Istnieje możliwość uzyskania pożyczki na cele związane z kształceniem z częściowym jej umorzeniem albo dofinansowania otwarcia przewodu doktorskiego czy habilitacyjnego, choć w skali kraju to raczej wyjątki, a nie reguła.

POMOC PRAWNA

Zasady udzielania pomocy prawnej przez OIL są mocno zróżnicowane, podobnie jak jej zakres. Część oferuje członkom bezpłatną, 24-godzinną opiekę prawną. W niektórych można liczyć na pomoc ze strony pracowników kancelarii współpracujących z daną izbą, a w innych zapewnia się wsparcie radców prawnych lub adwokatów w formie dyżurów w siedzibie. Dużym ułatwieniem bywa możliwość kontaktu telefonicznego lub e-mailowego, czasami także poza godzinami pracy mecenasów. Nie zawsze pomoc prawna ogranicza się do spraw związanych z wykonywaniem zawodu. Bywa i tak, że obejmuje sferę prywatną, a ze wsparcia mogą korzystać również małżonkowie, partnerzy życiowi i dzieci aż do 25. r.ż., jednak warto wyraźnie zaznaczyć, że tak szeroki zakres nie jest standardem. Niejednokrotnie pomocną dłoń, np. w przygotowaniu pism procesowych, oferują rzecznicy praw lekarza i współpracujący z nimi prawnicy.

DLA MŁODYCH LEKARZY

Bardzo często OIL jest dla młodych lekarzy pierwszym miejscem uzyskania wielu przydatnych informacji oraz porad co

do postępowania w zakresie wykonywania zawodu. Poszczególne izby oferują różną pomoc dla swoich koleżanek i kolegów będących dopiero u progu kariery zawodowej, np. wspierając w rejestracji indywidualnych praktyk. Niektóre podejmują się organizacji kursów obojętnych dla lekarzy w trakcie specjalizacji. Zdarza się, że są przyznawane nagrody pieniężne za uzyskanie najlepszego wyniku egzaminu LEK i LDEK. Interesujący pomysł stanowi udzielanie nieoprocentowanych pożyczek szkoleniowych dla osób w trakcie odbywania specjalizacji lub pisanie doktoratu, co jest możliwe w niektórych izbach.

PRAWO PRACY, MOBBINGOWANIE

Część OIL stara się pomagać w rozwiązywaniu problemów na linii lekarz-ośrodek szkolący, np. w razie pojawienia się trudności z realizacją programu stażu lub programu specjalizacyjnego. Ze strony działaczy samorządu są zachęty do kontaktu w takiej sprawie. Bywa, że w razie braku miejsc szkoleniowych, przedstawiciele okręgowych izb lekarskich kontaktują się z konsultantami wojewódzkimi, prosząc np. o weryfikację ich liczby. Podejmowane są interwencje przeciwdziałające łamaniu prawa pracy czy mobbingowi – to sprawy osobiste, więc nie ma po nich śladu w mediach, ale dla poszkodowanych wsparcie bywa nieocenione. Takich działań podejmują się samorządowcy w różnym wieku, a część z nich leży w gestii członków komisji młodych lekarzy, którzy z racji wieku dobrze znają problemy swoich rówieśników i łatwiej znajdują z nimi wspólny język.

KOMUNIKACJA ZE ŚRODOWISKIEM

Izby dużą wagę przywiązują do komunikacji, wierząc, że to inwestycja zwracająca się z dużą nawiązką. Nic dziwnego, że w coraz bardziej zróżnicowany sposób informują o swoich działaniach środowisko lekarskie, a przy okazji nie stronią od budowania dobrego wizerunku wśród całego społeczeństwa. Wszystkie OIL są obecne w internecie, ale korzystają z niego w odmienny sposób. Strony www są jednym z podstawowych źródeł informacji o ich działalności. Wiele izb oferuje możliwość zapisania się do newslettera. Są tworzone grupy e-mailingowe, by na bieżąco rozsyłać informacje, przybliżać najnowsze zmiany w przepisach, zapraszać na szkolenia czy konferencje, informować o ofertach pracy. Niektóre OIL kontaktują

UBEZPIECZENIE OC

Są izby zapewniające w ramach składki członkowskiej ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej dla każdego czynnego zawodowo lekarza i lekarza dentysty albo zwracające część kosztów poniesionych za wykupienie polisy. Niektóre opłacają najmłodszym lekarzom ubezpieczenie OC na czas odbywania stażu podyplomowego. Aby korzystać z bezpłatnej pomocy prawnej, trzeba mieć uregulowane składki. Część izb otwarcie deklaruje dalsze poszerzanie jej zakresu, co nie powinno zaskakiwać, bo w gąszczu przepisów wielu osobom trudno się odnaleźć.

DLA KAŻDEGO COŚ MIŁEGO

W OIL organizowane są spotkania wigilijne i opłatkowe (w tym takie z myślą o młodych lekarzach lub seniorach), andrzejki, bale, zabawy karnawałowe, którym czasem towarzyszy kiermasz lub aukcja charytatywna. Są koncerty noworoczne, a nawet festiwal, w czasie którego na scenie występują zespoły muzyczne złożone z lekarzy. Na terenie całego kraju odbywają się różne wydarzenia skierowane do dzieci i wnuków lekarzy i lekarzy dentystów, np. festyny rodzinne, pikniki, obchody Dnia Dziecka, mikołajki czy zabawy choinkowe. Organizowane są rajdy rowerowe dla rodzin lekarskich, rozmaite konkursy dla najmłodszych (np. plastyczne) czy turnieje dla dzieci (np. szachowe). Bywa, że izba pośredniczy w wynajęciu hal sportowych do gry w koszykówkę, siatkówkę czy piłkę nożną, co można określić mianem integracji poprzez sport.

się z lekarzami w formie SMS-ów albo stworzyły aplikacje mobilne dostępne tylko dla swoich członków i dedykowane im zamknięte grupy dyskusyjne.

BIULETYNY, MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE

Ważnym kanałem komunikacji są biuletyny – w ostatnich latach część przeszła wielką rewolucję w zakresie poprawy zawartości i szaty graficznej, której istotę stanowiła chęć sprostania rosnącym oczekiwaniom ze strony lekarzy.

Pojawiają się w nich materiały przygotowane z myślą o lokalnym środowisku i jego specyfice, których próżno szukać w innych mediach. Część biuletynów jest dostępna w formie e-wydania. Rzadkością jest jednak sytuacja, gdy ma własną stronę www z unikalną domeną. Nieodłączną częścią życia wielu osób stało się codzienne korzystanie z serwisów społecznościowych. Mnóstwo lekarzy, w szczególności młodszych, ma swoje profile w takich serwisach jak Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn i aktywnie korzysta z nich na co dzień, więc wiele izb poszło z duchem czasów. Niektóre OIL prowadzą kanały w serwisie YouTube, umieszczając własne produkcje filmowe. Są nawet pierwsze próby wykorzystywania TikToka. Wydaje się, że w przyszłości wykorzystywanie mediów społecznościowych stanie się jeszcze bardziej powszechne, a w konsekwencji OIL zaczną przywiązywać do nich jeszcze większe znaczenie.

BECIKOWE I INNE ŚWIADCZENIA

Izby oferują swoim członkom możliwość korzystania z licznych świadczeń i na różne sposoby pomagają osobom w trudnej sytuacji życiowej. To pomoc wielokierunkowa i bardzo zróżnicowana. Analizując ofertę wszystkich okręgowych izb lekarskich, można dostrzec i podobieństwa, i różnice. Część wypłaca bezzwrotne świadczenie z tytułu urodzenia dziecka. Refundowane lub dofinansowywane są szczepienia – niektóre izby umożliwiają to wszystkim członkom, inne zawężają kryteria tylko do seniorów, ale zdarza się, że mogą na nie liczyć również dzieci lekarzy i lekarzy dentystów. W różny sposób jest formułowany zakres tej pomocy (czasami obejmuje tylko te przeciwko grypie czy meningokokom).

NA LECZENIE I REHABILITACJĘ

Osobom poszkodowanym w wyniku zdarzeń losowych lub klęsk żywiołowych (np. powódź, pożar, kradzież) udziela się wsparcia, a lekarze znajdujący się w trudnej sytuacji materialnej mogą wnioskować do komisji socjalnych o pomoc albo udzielenie pożyczki. Niektóre izby oferują bezzwrotne zapomogi w celu pokrycia kosztów leczenia lub rehabilitacji, refundują zakup leków lub wyrobów ortopedycznych, dofinansowują turnusy rehabilitacyjne najciężiej schorowanym lekarzom albo dopłacają seniorom do pobytów w uzdrowisku. W wielu izbach na

SPORTOWO I KULTURALNIE

Wiosną i latem środowisko lekarskie może uczestniczyć m.in. w mistrzostwach lekkoatletycznych, turniejach piłkarskich i tenisowych, zawodach biegowych na różnym dystansie, rajdach górskich i rowerowych, regatach żeglarskich, spływach kajakowych, w triathlonie, a ponadto w mistrzostwach w kolarstwie szosowym i siatkówce plażowej czy zawodach wędkarskich. Zimą organizowane są m.in. wyjazdy w góry oraz zawody w narciarstwie biegowym i alpejskim. Bez względu na warunki atmosferyczne odbywają się m.in. halowe mistrzostwa w piłce nożnej, halowe turnieje piłki siatkowej czy koszykowej, zawody pływaków, turnieje szachowe i brydżowe, spotkania przy grach planszowych, wyjazdy na strzelnicę albo mistrzostwa: w bowlingu, tenisie stołowym, badmintonie, brazylijskim jiu-jitsu. I wiele, wiele innych. Organizowane są konkursy, w których lekarze mogą wykazać się swoim kunsztem prozatorskim i poetyckim albo talentem fotograficznym. W środowisku znane są plenery, fotograficzne i ceramiczne, a także biesiada literacka. Na dofinansowanie ze strony OIL może liczyć działalność twórcza lekarzy i lekarzy dentystów, np. wybrane publikacje, zarówno te o charakterze medycznym, jak i historyczno-kronikarskim, a ponadto m.in. albumy i tomiki poezji. W murach części izb wystawiane są owoce ich pozazawodowych pasji, np. fotografie, obrazy, rzeźby.

Świadczenia jubileuszowe mogą liczyć nestorzy z okazji ukończenia 90. lub 100. r.ż. albo tacy, którym „stuknęło” 50 lat od uzyskania dyplomu lekarza. Można powiedzieć, że co izba, to inny obyczaj. Zdarza się dofinansowywanie posiłków lekarzom seniorom. Czasami najstarszym członkom korporacji fundowane są wycieczki lub bilety na wydarzenia kulturalne, np. do kina, teatru. Część izb pośredniczy w nabywaniu po preferencyjnych cenach kart MultiSport przez członków, a czasami także ich rodzin, lub umożliwia im dołączenie do programu OK System. Jedno i drugie gwarantuje tańsze korzystanie ze zorganizowanych form aktywności sportowej, a dodatkowo sprzyja propagowaniu zdrowego stylu życia.

W TRUDNYCH SYTUACJACH

W niektórych izbach zapomogi obejmują członków rodzin – na ogół takie wnioski są rozpatrywane indywidualnie. Przykładowo dzieci po zmarłym lekarzu lub lekarzu dentyście, jeśli znalazły się w trudnym położeniu, mogą liczyć na specjalne stypendia przynajmniej w jednej z OIL. W innej, w przypadku braku rodziny lekarza, opłaca się koszt utrzymania miejsca na cmentarzu. Warto też wspomnieć o dbałości o tych, którzy odeszli już z zawodu i seniorach mieszkających w domach opieki lub DPS-ach, którzy przy okazji mogą liczyć na drobne upominki. Pamięta się także o tych, których odeszli na wieczny dyżur, odwiedzając groby zmarłych działaczy samorządu w rocznicę śmierci lub w dniu Wszystkich Świętych. Samorząd lekarski nie był bierny po ogłoszeniu pandemii, gdy zarówno lekarze aktywni zawodowo, jak i emeryci, musieli zmagać się z nieznanymi dotychczas wyzwaniem. W niektórych izbach młodzi opiekowali się seniorami, pomagając im w robieniu zakupów, gdzie indziej udostępniano lekarzom pomieszczenia w celu odbycia obowiązkowej kwarantanny, a jeszcze gdzie indziej przyznawano zapomogi osobom, które znalazły się w trudnej sytuacji finansowej z powodu długiej hospitalizacji lub ciężkich powikłań po przechorowaniu COVID-19.

INTEGRACJA NIEJEDNO MA IMIĘ

Izby podejmują szereg inicjatyw integracyjnych o zasięgu regionalnym i ogólnopolskim. Taki charakter mają bez wątpienia uroczystości rozdania PWZ, w których często biorą udział nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale również ich najbliżsi. Podobny charakter mają zjazdy absolwentów, które współorganizuje część izb. W różny sposób uregulowane są kwestie odpłatności udziału w wydarzeniach sportowych, bo – co warto zaznaczyć – nie każda jest nieodpłatna. Aby uczestniczyć w wielu z nich, trzeba w pełni opłacić swój udział i ponieść koszt dojazdu. Niektóre izby dofinansowują uczestnikom np. opłaty rejestracyjne lub częściowo refundują wpisowe swoim reprezentantom, którzy decydują się walczyć o puchary i medale w igrzyskach lekarskich lub imprezach rangi mistrzostw Polski. Ale to nie jest regułą. Do niebanalnych imprez można zaliczyć coroczny konkurs nalewek organizowany w jednej z izb, a także złoty motocyklowy – z pewnością trudno je ze sobą porównać, ale oba wydarzenia, tak jak dziesiątki innych, pozwalają lekarzom i lekarzom denty stom lepiej się poznać i oderwać od codziennej rzeczywistości.

SZANOWNI KOLEDZY I KOLEŻANKI LEKARZE,

L dużym zainteresowaniem przeczytałem w ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” (12/2022-01/2023) analizę dotyczącą samorządu lekarskiego – to jest doniosłej i ważnej funkcji, jaką pełni w życiu i pracy każdego lekarza okręgowa, a zwłaszcza Naczelna Izba Lekarska.

I pusty śmiech mnie ogarnął.

Jestem lekarzem od 24, a niedługo – 25 lat. Mam dwie specjalizacje i doktorat, więc nieco liźnąłem medycynę i w klinikach, i w oddziałach miejskich. Chciałbym ustosunkować się do kolejnych filarów, na których osadzona jest istota i potrzeba istnienia NIL i OIL.

1. NIL/OIL jest powołana do reprezentowania lekarzy. Przed kim? Społeczeństwem? Ministrem zdrowia? NFZ? I na czym polega ta reprezentacja – na występowaniu w mediach? Ogłoszeniach parafialnych, obwieszczeniach na murach? Kogo obchodzi głos NIL i OIL?
2. Zasady etyki lekarskiej – proponuję skonfrontować się z rzecznikiem praw pacjenta – pacjent ma prawa, a lekarze obowiązki, więc „równowaga” jest pełna – prawda
3. Przyznawanie PWZ i odpowiedzialność zawodowa – cytując „Gazetę Lekarską” – „obowiązują kontrowersyjne przepisy, w oparciu o które minister zdrowia – nie przeprowadzając postępowania w sprawie uznania równoważności kwalifikacji – może wyrazić zgodę na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty osobie z kwalifikacjami zdobytymi poza UE...”, co świadczy, jak ważnym i potrzebnym organem jest NIL i jak bardzo MZ liczy się z opinią NIL.

Odpowiedzialność zawodowa – miałem nieprzyjemność być świadkiem w sprawie prowadzonej przez sąd lekarski. Sprawa dotyczyła powikłania i doprowadzenia do zgonu pacjenta w wyniku błędu(?) chirurga, który operował guz kątynicy. U tego pacjenta wykonywałem kilka dni wcześniej rektoskopię. Trzech lekarzy w wieku późno emerytalnym głęboko przejętych swoją misją jako sędziowie sądu lekarskiego pytało mnie, czy mogłem ocenić guz kątynicy w rektoskopii...

Jak mówią Brytyjczycy: no comments.

4. Udział w życiu publicznym – bycie osobowością medialną i udzielanie szeregu wywiadów w telewizji to nie to samo co udział w życiu publicznym. Pomijam casus doktora Konstantego Radziwiła – on rzeczywiście po karierze w NIL ma kształt na decyzje w życiu publicznym...
5. Ochrona i obrona – pochylanie się z troską nad agresją skierowaną w stronę lekarzy i sformułowanie „coś z tym trzeba zrobić” jest nic warcie, bo i tak nie zmienicie przepisów prawnych.
6. Lobbing w słusznej sprawie – tu cytuję – „śledzenie planowanych zmian, analizowanie ich potencjalnych skutków i w razie potrzeby reakcji różnymi sposobami”.

Szanowni Państwo! Od śledzenia to był porucznik Borewicz – proponuję o dokładne i ze zrozumieniem przeczytanie definicji lobbingu w polityce.

7. Niedostrzegany wysiłek. Tak, wiem – skrzyżowanie doktora Judyma z siłaczką...
8. Co może jednostka – tu wkraczamy w sferę gdybania, a jak wiemy,

gdybanie gorzej się leczy niż rozpoznanie choroby...

9. Wpływ na debatę publiczną – większość ludzi ogląda tylko sport, seriale i pogodę, nie programy publicystyczne – gadające głowy męczą i zajmują czas antenowy.
10. Integracja i samopomoc. Co do samopomocy nie wypowiadam się, nie jestem w stanie ocenić jej zasięgu i rozległości.

Co do integracji – przesyłanie „Gazety Lekarskiej” i lokalnych gazetek OIL typu „Pacaneum” – nazwa potoczna w województwie łódzkim – z wyjątkiem sekcji wspomnień, podziękowań, a także pożegnań – jest, delikatnie mówiąc, wywalana do kubła na odpady papierowe. Mistrzostwa lekarzy w lotach papierowych samolotów, BJJ, warcabów podwodnych, jazdy na monocyklu, bierkach elektrycznych itd. przyciągają tłumy – kilkanaście, kilkadziesiąt osób z całej Polski, które i tak traktują to najczęściej jako kolejne zawody w ramach swojej pasji. Jak na 206780 członków wszystkich izb lekarskich – no, naprawdę wydarzenia na skalę masową...

Reasumując, podwyższenie składek wiąże się głównie z podbijaniem standardu pomieszczeń OIL, zwiększeniem zatrudnienia kolejnych pań Bożenek i Janinek do kolejnych komórek i nie ma znaczenia dla szeregowego lekarza, który nie jest w zarządzie OIL/NIL. Karuzela zarządów i wyborów kręci się dalej. Jak powiedział klasyk, „czasy się zmieniają, ale Pan ciągle jest w komisjach”.

(imię i nazwisko autora
do wiadomości redakcji)

ODPOWIEDŹ

Co w zamian?

List jest skierowany do środowiska lekarskiego, ale jako autor materiału, z którym pan doktor polemizuje, pozwolę się do niego odnieść.

Mariusz Tomczak *Dziennikarz*

Zastrzegam, że z wykształcenia nie jestem lekarzem, lecz politologiem, więc odpowiem bardziej politycznie niż medycznie, skupiając się na najbardziej fundamentalnych kwestiach. Nie będę zatem wdawał się w dywagacje, czy guza kątownicy da się dostrzec w trakcie rektoskopii, czy też nie.

UNIKANE PYTANIE

Wspólną cechą wielu osób zarzucających medycznemu samorządowi zawodowemu małą skuteczność jest unikanie odpowiedzi na pytanie: co w zamian? Pan doktor pyta, „kogo obchodzi głos NIL i OIL?”, ale nie zadaje pytania, kto zabierałby głos w debacie publicznej, gdyby któregoś dnia zabrakło samorządu. Życie nie znosi próżni. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że szybko pojawiłyby się związki, stowarzyszenia i inne organizacje aspirujące do reprezentowania całego środowiska, w tym autora listu, nawet jeśli by sobie tego nie życzył. Czy decydenci uważniej wsłuchiwaliby się w ich argumenty? Nawiasem mówiąc, pan doktor w ogóle nie odnosi się do tego, dlaczego wielu medyków walczy o stworzenie własnych samorządów zawodowych na wzór izb lekarskich. Od kilku lat mają go fizjoterapeuci, a na mocy uchwalonej w grudniu ustawy wkrótce powołają go ratownicy medyczni.

ODWIECZNY DYLEMAT

Cele państwa są realizowane przy pomocy różnych polityk. Jedną z nich jest polityka zdrowotna. Lekarze doświadczają jej skutków zawodowo i prywatnie. Działając w pojedynkę, mają znikomy wpływ na władzę wykonawczą i ustawodawczą. Od wieków ludzie, których coś łączy, zrzeszają się, bo chcą skuteczniej realizować swoje cele, szybciej i pełniej się rozwijać, oddziaływać na innych i bronić swojej wspólnoty przed zakusami z zewnątrz. Przed samorządem

zawodowym są stawiane podobne oczekiwania. Takie zresztą były przyczyny powstania wielu izb.

LOBBING TO NIE OBELGA

Odpowiedź na pytanie: „przed kim” izby reprezentują lekarzy, jest oczywista, choć wielowątkowa, podobnie jak na inne: „na czym polega ta reprezentacja”. Gdybym miał powiedzieć, co stanowi jej istotę, odparłbym – jako politolog – jednym wyrazem: lobbying. To oddziaływanie na władzę przy pomocy informacji i argumentów. Profesjonalny lobbysta śledzi planowane zmiany, analizuje ich potencjalne skutki, spotyka się, nie tylko z decydentami, oficjalne i nieoficjalne – to napisałem i z tego się nie wycofuję, bo takie są fakty. Naczelna Izba Lekarska podejmuje taką aktywność.

KTO ŚLEDZI, TEN WIĘCEJ WIE

Nie wiem, dlaczego słowo „śledzenie” kojarzy się panu doktorowi tylko z serialowym porucznikiem Borewiczem, ale myślę, że sam Bronisław Cieślak by się z tego uśmieł. Nie śledząc procesu ustawodawczego, lobbysta niczego nie osiągnie. Bycie na bieżąco z planowanymi zmianami i ich antycypowanie to wielka sztuka, wymagająca systematyczności, pracowitości i ciągłego poszerzania wiedzy. Tego wysiłku często nie widać, podobnie jak „niewidzialne” dla pacjenta są działania osób wykonujących zabieg, w tym ich wieloletnia nauka.

PRAWO VS MEDYCYNĄ

Pan doktor nie dostrzega licznych aktywności NIL, bo jak miemam, na co dzień koncentruje się na wykonywaniu badań endoskopowych, nie analizuje prac Sejmu i Senatu oraz decyzji podejmowanych przez ministra zdrowia, a jego życie koncentruje się wokół medycyny, a nie polityki. Ile razy autor listu miał w rękę rektoskop, a ile razy dotyczące

go ustawy, rozporządzenia i ich projekty? Czy wie, nad czym aktualnie pochyla się szef resortu zdrowia? Czy potrafi wskazać skutki wejścia w życie przepisów, które weszły w życie w ciągu ostatnich miesięcy, opierając to na faktach i liczbach, a nie intuicji czy subiektywnej opinii? A może uważa, że to, co uchwała parlament, jego nie dotyczy? Dzięki temu, że w środowisku lekarskim są osoby czuwające nad zmianami przepisów i próbujące wpływać na władzę, tysiące lekarzy może zajmować się pacjentami, a nie prawem. Nie chcę porównywać skali trudności podręczników medycyny z projektami ustaw, ale kto wątpi, że lektura tych ostatnich jest intelektualnie wymagająca, powinien zacząć uważnie je analizować, a nie raz westchnąć jak Sokrates: „wiem, że nic nie wiem”. W analizie legislacji doktorat z medycyny nie zawsze pomoże.

PROSTY WYBÓR

Przepisy wpływające na wykonywanie zawodu lekarza ustalają politycy. Jeden podpis ministra zdrowia pod ważnym rozporządzeniem rzutuje na tysiące medyków. Środowisko lekarskie ma wybór: może próbować wpłynąć na to, o czym decydują politycy, albo wywiesić białą flagę, uznając, że nie da się lub że inni zrobią to lepiej... Historia dostarcza przykładów, że przedstawiciele zawodów medycznych mogą wpływać na ostateczny kształt przepisów. Nie za każdym razem, ale jednak. NIL też to się czasami udaje, choć nigdy nie będzie to pasmo samych sukcesów. Jednym ze sposobów wywierania wpływu na polityków jest „udzielanie szeregu wywiadów”, czemu pomaga „bycie osobowością medialną”, czyli jest zupełnie na odwrót, niż twierdzi autor listu. Wątpię, że dla środowiska lekarskiego byłoby lepiej, gdyby o NIL żaden dziennikarz nie mówił i nie pisał. Nieobecni tracą. Nieobecni w mediach też.

Dyrektorzy INNOWATORZY

Innowacyjność nadal jest wyzwaniem dla polskich liderów ochrony zdrowia.

Według raportu World Index of Healthcare Innovation z 2021 r., opracowanego przez działającą na rzecz równości szans organizację Foundation for Research on Equal Opportunity, Polska zajęła 29. miejsce (na 31) w dziedzinie cyfryzacji medycyny. Niewątpliwym akceleratorem zmian w zakresie cyfryzacji i telemedycyny była pandemia. Jednocześnie, zgodnie z danymi zawartymi w raporcie Future Health Index 2022, obecnie 26 proc. liderów ochrony zdrowia chce dołączyć do grona innowatorów, a w perspektywie trzech lat – 38 proc. Oczywiście ten planowany wzrost cieszy, jednak należy myśleć, że to ciągle mniej niż połowa.

PRIORYTETY NA NAJBLIŻSZE LATA

Aktualnie dominują inwestycje w cyfrową dokumentację medyczną i telemedycynę, co odpowiada na bieżące potrzeby rynku. Przygotowują one ochronę zdrowia na przyszłe innowacje i wdrażanie bardziej zaawansowanych technologii, w tym również medycznego metawersum, które pomogą zapewnić możliwość świadczenia bardziej zaawansowanych form opieki. Według wcześniej już wspomnianego raportu FHI 2022, liderzy ochrony zdrowia przewidują, że za trzy lata będą w sposób priorytetowy traktować inwestycje w sztuczną inteligencję, aby podnieść efektywność i skuteczność świadczeń. Powszechne wdrożenie AI mogłoby uprościć procesy i odciążyć personel medyczny od wykonywania zadań administracyjnych, które mogą pochłaniać nawet do 80 proc. czasu pracy. Zwiększenie



dr n med. **Tomasz Maciejewski**

dyrektor Instytutu Matki i Dziecka,
lider grupy roboczej NIL IN
ds. szpitalnictwa

ilości czasu, jaki pracownicy będą mogli rzeczywiście poświęcić pacjentom i świadczeniu usług medycznych, pozwoli spełnić postulaty wyrażone w badaniu lekarzy przeprowadzonym przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego „Lekarz przyszłości”.

Istotnym priorytetem liderów ochrony zdrowia jest również zrównoważony rozwój podległych im jednostek – według danych zawartych w raporcie FHI 2022 dla 2 proc. z nich był to priorytet w 2021 r., natomiast w 2022 obserwujemy istotny wzrost do 30 proc. Widoczne są strategie mające na celu zwiększenie poprawy efektywności energetycznej, zużycia wody oraz gospodarowania odpadami, a także racjonalizację polityki zakupowej.

PROBLEMY

We wdrażaniu innowacji można zauważyć kilka problemów:

- ograniczenia infrastrukturalne
- polityka i przepisy dotyczące danych medycznych
- brak standaryzacji

i interoperacyjności danych

- brak wiedzy personelu
- opór personelu wobec nowych technologii

„Ludzie są bardzo otwarci na nowe rozwiązania – oczywiście dopóki będą one dokładnie takie same jak te stare” (słowa amerykańskiego wynalazcy Ch. F. Ketteringa) i o tym muszą myśleć liderzy wdrażający innowacje. Mimo ogólnej wiedzy liderów i personelu, że bez innowacji nie dokona się postęp, to szansa porażki we wprowadzaniu cyfrowej transformacji waha się pomiędzy 70-95 proc.

W pewnej opozycji do powyższych informacji jest wynik badania ankietowego „Lekarz przyszłości” przeprowadzonego przez IZWOZ Uczelni Łazarskiego wśród 248 ankietowanych – lekarzy z Polski. Duża część grupy wskazała potrzebę zwiększenia świadomości i chęć otwarcia się na nowe technologie. Te wnioski były jednym z czynników, które sprawiły, że powstała (powołania w październiku 2022 r. przez Naczelną Izbę Lekarską) „NIL IN – Społeczność Lekarzy Innowatorów”, której zadaniem jest łączenie i wspieranie lekarzy praktyków poszukujących innowacji w codziennej pracy, lekarzy pionierów, tworzących nowe rozwiązania.

NA POMOC NIL IN

W dyskusjach grupy entuzjastów zaproszonych przez Naczelną Izbę Lekarską do tworzenia projektu NIL IN wyłoniła się koncepcja kilku podgrup roboczych w ramach tej struktury, w tym m.in. podgrupa ds. szpitalnictwa, którą jako lider mam



zaszczyt tworzyć i koordynować. Pomysł jej stworzenia zrodził się na podstawie doświadczeń Instytutu Matki i Dziecka, gdzie na początku 2022 r. powołany został Dział ds. Sztucznej Inteligencji i Innowacji Technologii Medycznych IMiD, a także prowadzenia, wspólnie z czterema innymi publicznymi jednostkami klinicznymi, konkursu Mother and Child Startup Challenge (MCSC). Organizatorami tego konkursu byli: Instytut Matki i Dziecka, Centrum Medyczne „Żelazna” – Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki oraz Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku.

Do pracy w podgrupie ds. szpitalnictwa NIL IN zaproszeni zostali dyrektorzy jednostek uczestniczący w MCSC, a także dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W 2023 r. w ramach grupy planowane są działania propagujące koncepcje wdrożeń innowacji w publicznej ochronie zdrowia, rozpoczęcie dyskusji i zmapowanie systemu. Rozpoczniemy od round table meeting Grupy Roboczej na temat

koncepcji wdrożeń innowacji w szpitalach, w czasie którego omówione będą kluczowe wymagania:

- lider zespołu wdrożeń w jednostce (jak go wyłonić, jakie obowiązki powinien przejąć, jak zachęcać), model HB HTA (jak oceniać i wyłaniać skuteczne/opłacalne technologie medyczne);
- kwestie prawne i technologiczne, np. ograniczenia HIS, interoperacyjność danych i aparatury do wykorzystania w projektach itp.;
- jak tworzyć kulturę organizacyjną jednostek, jak skutecznie dokonywać transformacji organizacyjnej i cyfrowej;
- omówienie i opracowanie zasad współpracy i benefitowania kierowników klinik oraz lekarzy w szpitalach w Polsce, pod kątem zachęcenia do wdrożeń innowacji i otwarcia klinicystów na technologie medyczne (wady/zalety/możliwości/słabe strony).

Kolejnymi działaniami będą m.in.:

- opracowanie tematyki webinarów uzupełnionych o ramowy program spotkań planowanych na 2023 r. przez NIL IN o tematykę dotyczącą innowacji, szpitala i lekarzy (efekty obrad round table i np. prawo własności we wdrażaniu technologii w podmiotach

medycznych; czy szpitale posiadają wewnętrzne fundusze na rozwój projektów medtech itp.);

- opublikowanie/przedstawienie case study wdrożeń w IMiD i pozostałych uczestników jako efekt konkursu Mother and Child Startup Challenge;
- wspólne opracowanie case study z członkami Grupy Roboczej i/lub społeczności NIL – analiza przypadków wdrożeń w placówkach, wnioski od lekarzy, oceny negatywne, oceny pozytywne, rekomendacje i wnioski;
- szkolenia skierowane do lekarzy dotyczące użytkowych aspektów rozwoju technologii medycznych z perspektywy pracownika ochrony zdrowia – m.in. prawo własności we wdrażaniu innowacji w podmiotach medycznych oraz perspektywa pozyskania funduszy na projekty technologiczne z państwowych źródeł finansowania;
- zaplanowanie możliwości wizyt studyjnych lekarzy z innych ośrodków w placówkach szpitalnych grupy NIL IN.

Naszym celem jest, aby odsetek liderów innowacji w grupie dyrektorów szpitali corocznie zwiększał się i abyśmy jak najszybciej przekroczyli 80 proc. ■■■

IMiD – pionier w rozwoju innowacji



Karolina Tądel i Wiktor Możarowski Dział ds. Sztucznej Inteligencji i Innowacji Instytutu Matki i Dziecka



Instytut Matki i Dziecka (IMiD) na początku ubiegłego roku powołał w ramach struktury szpitala komórkę zaangażowaną w rozwój technologii medycznych i innowacji, której głównym zadaniem jest wsparcie lekarzy w poszukiwaniu i rozwoju nowoczesnych rozwiązań z zakresu procedur klinicznych przeprowadzanych w szpitalu.

Dział ds. Sztucznej Inteligencji i Innowacji Technologii Medycznych IMiD to w skali kraju duża nowość i zmiana w dotychczasowym postrzeganiu placówki medycznej – nie tylko jako miejsca terapii pacjentów, ale również wizji inkubatora pomysłów. Duże podmioty medyczne to także zagłębia naukowców, którzy – przy wykorzystaniu technologii, takich jak sztuczna inteligencja, robotyka czy wirtualna rzeczywistość – mogą stworzyć wiele usprawnień zmieniających dotychczasową terapię pacjenta. Pierwowzorem powyższego działu i pionierami zmiany były szpitale w Stanach Zjednoczonych, Szwecji i Izraelu.

I EDYCJA MOTHER AND CHILD STARTUP CHALLENGE

Instytut Matki i Dziecka, zainspirowany trendami idącymi z zachodniej części globu, przyjrzał się funkcjonowaniu The Boston Children's Hospital i The Children's National Hospital. Szpitale te otworzyły się

na startupy (młode i zwinne przedsiębiorstwa o dużej innowacyjności) poprzez zorganizowanie wydarzeń, szkoleń i spotkań, a także programów akceleryacyjnych dla zewnętrznych firm.

Podążając za tymi trendami, IMiD zorganizował Mother and Child Startup Challenge (MCSC) – pierwszy w Polsce konkurs (i jeden z nielicznych w Europie) realizowany przez publiczne szpitale państwowe, otwarte na wdrażanie innowacji. W tym roku do konkursu MCSC Instytut zaprosił dodatkowo cztery szpitale: Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie oraz Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku. Efektem inicjatywy jest zaplanowane pilotażowe wdrożenie w 2023 r. w podmiotach medycznych dwóch najlepszych rozwiązań:

- Carna Life Holo (MedApp), czyli okulary rozszerzonej rzeczywistości, dzięki którym lekarz widzi w przestrzeni rzeczywistej trójwymiarowy hologram odzwierciedlający strukturę anatomiczną pacjenta. Użytkownik może wchodzić w interakcję z wyświetlanym hologramem, m.in. obracając go, przybliżając, oddalając, przemieszczając, czy też wchodząc we wnętrza struktur anatomicznych – przy pomocy gestów

i komend głosowych. Narzędzie dedykowane jest chirurgom w celu podniesienia precyzji wykonywanych operacji.

- Infermedica – platforma internetowa, wykorzystująca sztuczną inteligencję do analizy stanu zdrowia pacjenta i wsparcia placówek ochrony zdrowia w pokierowaniu pacjenta do odpowiedniego specjalisty. System za pośrednictwem platformy online zbiera wstępny wywiad z pacjentem, umożliwiając efektywniejsze świadczenie usług zdrowotnych przez placówki. Rozwiązanie wspierać będzie jednocześnie szpitale oraz pacjentów, umożliwiając personalizowane podejście i szybką reakcję na objawy choroby.

EFEKTY KONKURSU

W I edycji do konkursu MCSC zgłosiło się aż 69 firm z pięciu krajów, w tym z Izraela, Niemiec i USA. Patronat nad inicjatywą objęli m.in. Minister Zdrowia, Agencja Badań Medycznych, Polski Fundusz Rozwoju oraz Rzecznik Praw Pacjenta. Całe wydarzenie zostało podsumowane raportem Mother and Child Startup Challenge „Innowacje w procesie opieki nad pacjentką w ciąży”. W grupie ekspertów zostały poruszone zagadnienia dostępności i implementacji innowacji medycznych oraz jakości i perspektyw rozwoju technologii w tym obszarze.

Instytut Matki i Dziecka, przewidując rozwój konkursu MCSC i start kolejnej edycji poszerzony o inne obszary terapeutyczne, już teraz dyskutuje nad włączeniem kolejnych szpitali do grona współtwórców inicjatywy.



SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

Po co lekarzom sztuczna inteligencja?

„Europejska przestrzeń danych medycznych i sztuczna inteligencja” – pod takim hasłem we wtorek 13 grudnia odbyła się konferencja zorganizowana przez Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL w Warszawie w ramach kolejnego już spotkania lekarzy innowatorów NIL IN. Rozmawiano o potrzebie wdrożenia technologii przepływu danych medycznych, sztucznej inteligencji, edukacji środowiska lekarskiego i pacjentów w tym zakresie, warunkach na zmiany technologiczne oraz nowych projektach w ochronie zdrowia dotyczących przesyłania danych zdrowotnych.

Andrzej Ryś, dyrektor ds. systemów opieki zdrowotnej, produktów medycznych i innowacji w DG Santé w Komisji Europejskiej, przedstawił m.in. zasady, na jakich konstruowana jest europejska przestrzeń danych o zdrowiu (EHDS – European Health Data Space). Z kolei Hubert



Życiński, zastępca dyrektora w Departamencie Innowacji Ministerstwa Zdrowia, wskazał w swoim wystąpieniu zasady i procesy zmian, jakie panują w europejskiej przestrzeni danych o zdrowiu oraz możliwości wdrożenia jej w polskiej ochronie zdrowia, a także opowiedział o planach Ministerstwa Zdrowia związanych z wprowadzeniem narzędzi sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia.

Podczas spotkania odbyła się też dyskusja na temat danych medycznych, ich przetwarzania oraz potrzeby wykorzystania sztucznej inteligencji w praktyce klinicznej, w której uczestniczyli: Ligia Kornowska (liderka Koalicji AI w zdrowiu), Przemysław Czuma z Polskiego Stowarzyszenia „Sztuczna Inteligencja w Medycynie”, Robert Zymliński z Instytutu Chorób Serca Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Jakub Jaszczaż z firmy Infermedica, Szymon Korzekwa z Brainscan.ai, Ewelina Barylska (dyrektor pionu operacyjnego Salve Medica).

źródło: www.nil.org.pl



Pełna relacja
z wydarzenia



Zapis wideo



NIL IN
SPOŁECZNOŚĆ
LEKARZY
INNOWATORÓW

DOŁĄCZ DO NAS



NACZELNA
IZBA LEKARSKA



Centrum Innowacji
i Telemedycyny
COBIK NIL

Wykonywanie prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich – kara upomnienia

W art. 89 ustawy o izbach lekarskich wymieniono, jakie kary mogą orzekać sądy lekarskie. Istotna jest chronologia tych kar – od najłagodniejszej do najbardziej srogiej. Warto zaznaczyć, że sąd orzeka o karze dopiero po uznaniu lekarza za winnego przewinienia zawodowego. Trzeba też wspomnieć, iż lekarza uważa się za winnego dopiero po uprawomocnieniu orzeczenia sądu. Kiedy zatem orzeczenie o winie staje się prawomocne?

Grzegorz Wrona Sekretarz NRL



Opisaną normą jest obowiązkowe doręczenie orzeczenia wraz z uzasadnieniem stronom postępowania przed sądem, w tym oczywiście obwinionemu lekarzowi. Do tego orzeczenia dołączone

jest także pouczenie o możliwości złożenia odwołania. Jeśli lekarz w przeciągu 14 dni od odebrania przesyłki z okręgowego sądu lekarskiego nie wystąpi z pisemnym odwołaniem, orzeczenie zostanie uznane za prawomocne. Bardzo

ważne jest bezwzględne dotrzymanie terminu 14 dni na osobiste doręczenie odwołania do siedziby sądu lub nadanie w placówce operatora pocztowego; warto nadać przesyłkę za potwierdzeniem odbioru.

Orzeczenia sądu II instancji, czyli Naczelnego Sądu Lekarskiego, są prawomocne z chwilą ich ogłoszenia. Bez względu na to, czy lekarz uczestniczył w rozprawie, czy nie.

Przy innej okazji spróbuję opisać, co dzieje się z tak zwanymi doręczeniami zastępczymi. I tu warto będzie zaznaczyć o ustawowych obowiązkach lekarza.

Orzeczenia sądu II instancji, czyli Naczelnego Sądu Lekarskiego, są prawomocne z chwilą ich ogłoszenia.

WINA I KARA

Zanim o wykonaniu kary, istotnym będzie przytoczenie kilku przewinień zawodowych, wskutek których sądy lekarskie w ostatnim czasie orzekły karę upomnienia:

1) w stosunku do lekarza za:

- a) wystawienie zaświadczenia o zdolności do pracy bez przeprowadzenia badania podmiotowego i przedmiotowego pracownika;
- b) wystawienie zaświadczenia o bezwzględnym przeciwwskazaniu do szczepień w okresie jednego roku po jednorazowym badaniu dziecka;
- c) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej;
- d) uchylenie się od płacenia składek członkowskich;
- e) umieszczenie na portalu społecznościowym treści dyskredytujących innego lekarza;

2) w stosunku do lekarza dentystry za:

- a) złamanie zasad zdawania LDEK poprzez posiadanie w trakcie egzaminu telefonu komórkowego;
- b) nieprawidłowe leczenie skutkujące powstaniem ropnia okołozębowego;
- c) nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej;
- d) brak należytej staranności w procesie leczenia protetycznego.

Przewodniczący sądu lekarskiego (okręgowego lub NSL) niezwłocznie po uprawomocnieniu orzeczenia nakładającego na lekarza karę upomnienia przekazuje odpis orzeczenia wraz z uzasadnieniem i określoną datą prawomocności prezesowi okręgowej rady lekarskiej do wykonania. Wykonując to orzeczenie, prezes zarządza umieszczenie otrzymanego odpisu w aktach osobowych lekarza. Minister Zdrowia, zapisując ten obowiązek w rozporządzeniu, nie określił, jak długo odpis

orzeczenia powinien stanowić wartość akt osobowych, można się jedynie domyślać, że nie krócej niż do czasu zatarcia wzmianki o ukaraniu. Tę lukę wypełnia prawo samorządowe. Trzeba też pamiętać, że każda prawomocnie orzeczona przez sąd lekarski kara, także kara upomnienia, skutkuje po pierwsze utratą bierno-

go prawa wyborczego do organów samorządu lekarskiego (nie mogą być wybierani do czasu zatarcia wzmianki o ukaraniu), po drugie wygaszeniem (utratą) mandatu członka organu izby (także mandatu delegata na zjazd), o ile taki mandat ukarany lekarz już sprawuje. Te ustawowe zasady nakazują prezesowi powiadomienie komisji wyborczej uprawnionej do przeprowadzenia czynności jw. Tego minister w rozporządzeniu nie przewidział. Przewidział natomiast umieszczenie informacji o każdej orzeczonej karze w okręgowym rejestrze lekarzy, co wykonać trudno, bo ustawa umieszczenia takiej adnotacji nie przewiduje.

DANE W REJESTRZE

Przewodniczący sądu przekazuje prawomocne orzeczenie karą upomnienia także prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej do zamieszczenia w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Rzeczypospolitej Polskiej. Dostęp do danych w tym rejestrze mają te podmioty, które wykażą interes prawny. To w tym rejestrze znajdują swoje miejsce wszyscy lekarze ukarani prawomocnie przez lekarskie sądy, także ukarani upomnieniem. W rejestrze, oprócz danych osobowych lekarza (w moim odczuciu niepotrzebnie obfitych), znajdują się informacje o dacie prawomocności, czyli dacie rozpoczęcia wykonywania kary i dacie usunięcia wzmianki o ukaraniu. Dla kary upomnienia okres ten wynosi jeden rok. Po jego upływie wzmianka o ukaraniu upomnieniem zostaje usunięta z rejestru, a podmioty składające zapytanie o karalność lekarza otrzymują odpowiedź, że lekarz w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentyistów RP nie figuruje. Czy to oznacza, że nigdy nie był karany? ■■■

W PIGUŁCE

WSPÓŁPRACA NRL Z EUROPEJSKIM STOWARZYSZENIEM MŁODYCH LEKARZY

Naczelna Rada Lekarska zdecydowała o dołączeniu do Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Lekarzy (European Junior Doctors Association, EJD). NRL będzie uczestniczyć w pracach tej międzynarodowej organizacji.

Uchwała w tej sprawie została podjęta 16 grudnia 2022 r. (uchwała nr 63/22/IX NRL zmieniająca uchwałę w sprawie uczestnictwa Naczelnej Rady Lekarskiej w pracach międzynarodowych organizacji lekarzy i lekarzy dentyistów).

European Junior Doctors Association działa m.in. na rzecz rozwoju i upowszechniania rozwiązań cyfrowych w systemach opieki zdrowotnej na całym kontynencie (jako drogi do poprawy jakości i dostępności świadczeń medycznych), zabiega o wysoką jakość programów kształcenia podyplomowego, przeciwdziała wypaleniu zawodowemu. W ostatnim czasie EJD wydała oświadczenie w obronie młodych hiszpańskich lekarzy, którzy borykają się z przepracowaniem. Organizacja podkreśla, że praca ponad normę ma niekorzystny wpływ na zdrowie medyków i potencjalnie może obniżyć jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym wpływać na bezpieczeństwo pacjentów. (LS) ■■■

LEKARZ DENTYSTA PROSI O WSPARCIE NA REHABILITACJĘ

Barbara Jenczyk w 2006 r. przeszła udar krwotoczny. Mimo operacji i wieloletniej, intensywnej rehabilitacji porusza się na wózku. Jest samodzielna, ale aby utrzymać obecny stan, musi się dalej rehabilitować.

Przekaż 1,5% podatku: KRS 0000270809 (cel szczegółowy: Jenczyk Barbara 217) lub darowiznę: nr konta: 67102055580000820230081160

WIL otwiera „Rok praw lekarza”

Program „Prawnik na pierwsze przesłuchanie”, szeroko zakrojona akcja edukacyjna, powołanie Kancelarii Rzecznika Praw Lekarza – to niektóre działania związane z ogłoszonym przez Okręgową Radę Lekarską Wielkopolskiej Izby Lekarskiej „Rokiem praw lekarza”. Projekt został zaprezentowany wspólnie z przedstawicielami Wielkopolskiej Izby Adwokackiej w czasie konferencji prasowej 16 stycznia.

Dzięki współpracy z samorządem zawodowym adwokatów WIL opracowała

program zapewnienia opieki prawnej lekarzom i lekarzom denty stom wzywany na pierwsze przesłuchanie w związku z wykonywaniem zawodu. W styczniu ruszył całoroczny cykl webinarów poświęconych prawom lekarza i prawom pacjenta, a każdy chętny członek samorządu może od izby otrzymać tabliczkę informującą o tym, że w określonych sytuacjach lekarzowi przysługuje ochrona należąca funkcjonariuszowi publicznemu. Szczegóły na wil.org.pl/rpl.

Całodobowa opieka prawna

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie od 1 stycznia br. zapewnia bezpłatną całodobową opiekę prawną w sprawach zawodowych i prywatnych – oferta dotyczy lekarzy / lekarzy denty stomów WMIL oraz ich najbliższych. Szczegóły na stronie internetowej izby.

WIĘKSZA DECYZYJNOŚĆ IZB W ZAKRESIE WYSOKOŚCI SKŁADKI

W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza / lekarza denty stomę z obowiązku opłacania składki członkowskiej w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru* (tj. 60 zł) lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

Uchwałę w tej sprawie podjęła Naczelna Rada Lekarska 16 grudnia 2022 r. (uchwała nr 60/22/IX NRL zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej).

* podstawowy wymiar składki członkowskiej od stycznia br. wynosi 120 zł miesięcznie

GRUPA BALINTA W KRAKOWIE

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza zainteresowanych lekarzy i lekarzy denty stomów do uczestnictwa w treningu Balintowskim, który pomaga w radzeniu sobie z nadmiarem emocji pojawiających się w pracy z pacjentami i pozwala lepiej zrozumieć relację lekarz – pacjent. Planowane są stałe spotkania z częstotliwością minimum raz w miesiącu. Obowiązują wcześniejsze zapisy.



Videocast Śląskiej Izby Lekarskiej – SILne Argumenty

„SILne Argumenty” to pierwszy w Polsce, dynamiczny, kontrowersyjny, nowoczesny i odważny kanał informacyjny samorządu lekarskiego. Mówi o sprawach bliskich lekarzom, lekarzom denty stomom i pacjentom. Co dwa tygodnie na platformach Spotify, Apple Podcasts, YouTube oraz na stronie internetowej ŚIL prezentowane są rozmowy, opinie i spory o tym, o czym mówi się i milczy w dyżurkach lekarskich oraz w poczekalniach dla pacjentów. Gośćmi „SILnych Argumentów” byli już prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr Tadeusz Urban, tyski ginekolog dr Maciej Jędrzejko, Paweł Jasiński (przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL w Katowicach), a także dr Ireneusz Szymczyk.

Polski Ład dla lekarza

Jaka jest najlepsza forma prowadzenia działalności gospodarczej na tle zmian podatkowych Polskiego Ładu? Na to pytanie będą szukać odpowiedzi uczestnicy szkolenia organizowanego przez Komisję Kształcenia ORL w Białymstoku, zaplanowanego na 18 lutego br. w siedzibie białostockiej izby. Spotkanie poprowadzi mgr Monika Magda Brzostowska, doradca podatkowy z wieloletnim doświadczeniem.

Szkolenie jest bezpłatne, mogą w nim uczestniczyć lekarze i lekarze denty stomi będący członkami OIL w Białymstoku, mający uregulowane składki członkowskie. Liczba miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Porozumienie o współpracy trzech izb

Pod koniec grudnia prezesi Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, Bydgoskiej Rady Lekarskiej oraz Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie podpisali porozumienie dotyczące wzajemnej współpracy. Inicjatywa ma dawać lekarzom i lekarzom denty stomom szersze możliwości dotyczące doskonalenia zawodowego, a także współpracę pełnomocników ds. zdrowia wspomnianych izb uczestniczących w projekcie. Ważne z punktu widzenia środowiska lekarskiego kampanie społeczne, apele i stanowiska zyskują natomiast większy zasięg.

W PIGUŁCE

REKLAMA WYROBÓW MEDYCZNYCH



7 kwietnia 2022 r. weszła w życie nowa ustawa o wyrobach medycznych, ale niektóre z jej przepisów, jak kwestie dotyczące reklamy wyrobów medycznych, zaczęły obowiązywać od 1 stycznia 2023 r. Chodzi m.in. o zakaz reklamowania wyrobów medycznych przez lekarza, farmaceutę lub inną osobę, która na potrzeby promocyjne stwarza pozory wykonywania zawodu medycznego.

Przepisy ustawy jasno zakazują wykorzystywania w reklamie wyrobu medycznego wizerunku osób wykonujących zawody medyczne. Co więcej, żadna z występujących w reklamie wyrobu medycznego osób nie może podać się za medyka lub przedstawiać produkt w sposób sugerujący wykonywanie zawodu lekarza, farmaceuty pielęgniarki, ratownika medycznego i innych osób reprezentujących zawód medyczny. Podobny zakaz obowiązuje w odniesieniu do produktów leczniczych.

Jak przewiduje ustawa, niezbędne dane, jakie ma zawierać reklama, a także sposób jej prezentowania, mają zostać określone w rozporządzeniu ministra zdrowia.

W art. 58 ustawy ustawodawca przewidział zastosowanie przepisów dotyczących reklamy wyrobów medycznych również do:

- reklamy działalności gospodarczej lub zawodowej, w której wykorzystuje się wyrób do świadczenia usług – w zakresie, w jakim dotyczy ona usług świadczonych przy użyciu danego wyrobu, w tym usług wypożyczania, najmu lub użyczenia wyrobów;
- prezentowania wyrobów w czasie spotkań, których celem lub efektem jest zachęcanie do nabywania wyrobów, lub finansowania takich spotkań;
- kierowania do publicznej wiadomości opinii przez użytkowników wyrobów, jeżeli otrzymują z tego tytułu korzyści;
- odwiedzania osób wykonujących zawód medyczny w celu promocji wyrobów;
- sponsorowania targów, wystaw, pokazów, prezentacji, konferencji, zjazdów i kongresów naukowych, w tym dla osób wykonujących zawód medyczny lub prowadzących obrót wyrobami;
- prezentowania wyrobów w czasie targów, wystaw, pokazów, prezentacji, konferencji, zjazdów i kongresów naukowych;
- przekazywania próbek w celu promocji wyrobów.

Ustawodawcy określili również zasady reklamy w miejscu świadczenia usług medycznych. Odwiedzanie medyków w celu reklamy produktu może zaistnieć wyłącznie po uprzednim uzgodnieniu terminu spotkania oraz poza godzinami

pracy lekarza, farmaceuty, pielęgniarki itd. Spotkanie z przedstawicielem prezentującym reklamę może zaś odbyć się wyłącznie za zgodą kierownictwa danej jednostki leczniczej lub osoby wykonującej zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej. Reklama (w formie audio-wizualnej, dźwiękowej lub wizualnej) prowadzona w aptece lub jednostkach leczniczych, jak również wspomniane odwiedzanie np. lekarzy w celach prezentacji wyrobu medycznego, nie może utrudniać prowadzonej w tych podmiotach działalności.

Odwołując się do Kodeksu Etyki Lekarskiej, warto przypomnieć, że mimo wprowadzania nowych regulacji, lekarze i lekarze dentyści dysponują ograniczoną swobodą reklamowania i informowania o świadczeniu usług medycznych. Przepis art. 63 KEL zakazuje reklamowania się oraz wyrażania zgody na użycie swego nazwiska lub wizerunku w celach komercyjnych. Zgodnie zaś z przepisami zawartymi w art. 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, informacje o zakresie i rodzajach udzielnych świadczeń zdrowotnych może podawać jedynie podmiot medyczny, wykonujący działalność leczniczą. Treść i forma tych informacji nie mogą nosić znamion reklamy.



Źródło: www.nil.org.pl

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

ZGODA ŁĄCZNA PRZY PACJENTACH POWYŻEJ 16. ROKU ŻYCIA



Ustawodawca na gruncie przepisów prawa medycznego określił granicę wieku, od którego uzyskuje się określone uprawnienia w zakresie decydowania o swoim zdrowiu. I tak, pomimo że 16-letni pacjent nie ma jeszcze pełnej zdolności do czynności prawnych na gruncie przepisów prawa cywilnego, to może on podejmować decyzję o udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych na równi ze swoimi przedstawicielami ustawowymi [najczęściej rodzicami].

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

Ustawodawca, na gruncie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 32 ust. 5) oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta, w sposób jednoznaczny określił wymóg uzyskania również zgody pacjenta, który ukończył 16 lat, obok wymaganej zgody przedstawiciela ustawowego. Obie te zgody, nawet wyrażone w różnym czasie, muszą zatem zaistnieć, abyśmy mogli mówić o udzielaniu świadczeń zdrowotnych w oparciu o wymaganą zgodę. Jest to tzw. zgoda łączna lub równoległa.

MAŁOLETNI A NIEZDOLNY

Nawet jeżeli formalnie pacjent ma ukończony 16. r.ż., może się okazać, że jego zgoda nie może zostać skutecznie wyrażona. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy pacjent jest niezdolny do świadomego wyrażania woli (np. z uwagi na upośledzenie umysłowe lub śpiączkę). W takim wypadku wymagana zgoda małoletniego nie może być

Wiele wątpliwości u lekarzy wywołuje kwestia uzyskiwania zgody od obojga, a nie tylko od jednego z rodziców.

pomijana, czy też zastępowana jakąś dodatkową zgodą przedstawiciela ustawowego. Przepisy, w wypadku braku możliwości uzyskania skutecznej zgody po stronie małoletniego, wymagają zezwolenia sądu opiekuńczego.

ZGODA SĄDU

Dodatkowo, w zakresie problematyki zgody łącznej, można wyróżnić trzy sytuacje, w których również konieczne staje się uzyskanie zgody sądu opiekuńczego:

1) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, sprzeciwia się określonym świadczeniom zdrowotnym, a przedstawiciel ustawowy się zgadza;

2) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, wyraża zgodę, a przedstawiciel ustawowy się sprzeciwia;

3) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, oraz jego przedstawiciel ustawowy sprzeciwiają się udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

W każdym takim przypadku zezwolenie sądu opiekuńczego ma w istocie charakter zastępczy – zastępuje bowiem brakujące zgody małoletniego i/lub przedstawiciela ustawowego.

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

Pod tą nazwą należy rozumieć rodzica biologicznego, przysposabiającego (rodzica adopcyjnego), opiekuna prawnego lub kuratora osoby ubezwłasnowolnionej. O przedstawicielu ustawowym będącym rodzicem możemy mówić wyłącznie w sytuacji, gdy nie został on pozbawiony władzy rodzicielskiej albo ograniczony w zakresie decydowania o sprawach zdrowotnych dziecka.

Za przedstawiciela ustawowego nie może być traktowana osoba niepełnoletnia



(np. 16-letnia matka dziecka), z drobnym wyjątkiem związanym z możliwością wstąpienia przez taką osobę w związek małżeński i nabyciem pełnej zdolności do czynności prawnych. Również osoba ubezwłasnowolniona nie może być traktowana jako przedstawiciel ustawy małoletniego.

PODPIS JEDNEGO Z RODZICÓW WYSTARCZY?

Wiele wątpliwości u lekarzy wywołuje kwestia uzyskiwania zgody od obojga, a nie tylko od jednego z rodziców. Starając się rozwiązać ten problem, musimy sięgnąć do przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które regulują kwestię wykonywania władzy rodzicielskiej. Zgodnie z art. 97 §1 k.r.o. co do zasady władza rodzicielska w sposób niepodzielny przysługuje każdemu z rodziców. Dopiero w wypadku „istotnych spraw dziecka” rodzice powinni rozstrzygać wspólnie, a w braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to, że lekarz co do zasady powinien odebrać zgodę na leczenie od co najmniej jednego

z rodziców, a dopiero gdy okaże się, że drugi z rodziców sprzeciwia się czynnościom medycznym, wystąpić do sądu opiekuńczego. Występowanie do sądu opiekuńczego w wypadku zgody tylko jednego z rodziców powinno być naprawdę wyjątkowe i dotyczyć ewidentnego konfliktu pomiędzy stanowiskami rodziców, a nie jedynie braku możliwości porozumienia się z drugim rodzicem w danym momencie.

ZGODA A OBECNOŚĆ RODZICA

Częstym problemem związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych małoletnim jest też kwestia obecności rodzica przy takich świadczeniach. Żaden przepis prawa nie wymaga, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych małoletniemu był obecny jego przedstawiciel ustawowy. Art. 21 ustawy o prawach pacjenta wskazuje jedynie, że osoba bliska ma prawo (a nie obowiązek) uczestniczyć w udzielaniu świadczeń. W konsekwencji nie da się wykluczyć sytuacji, w których zgoda na udzielenie świadczenia zostanie przez rodzica udzielona, ale on sam nie będzie fizycznie uczestniczył w udzielaniu takiego

świadczenia. Rozwiązanie takie należy uznać za w pełni dopuszczalne, pod warunkiem że zachowane zostały wszelkie wymogi zgody przedstawiciela ustawowego:

- przed wyrażeniem zgody lekarz wykona obowiązek informacyjny w stosunku do takiego przedstawiciela, tj. udzieli mu przystępnej informacji o stanie zdrowia małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- zgoda zostanie wyrażona w formie przewidzianej przepisami (dorożumianej, ustnej, pisemnej).

Za wysoce dyskusyjne należy w tym kontekście uznać przynoszenie przez małoletnich do lekarza podpisanych przez ich rodziców zgód na leczenie, w sytuacji gdy lekarz nie był w stanie wykonać obowiązku informacyjnego, bo nigdy rodziców nie widział. Abstrahując już w tym zakresie od kwestii wiarygodności podpisów złożonych pod taką zgodą. ■■■

5 LAT BEZ FARTUCHA

Zwykle najwięcej wątpliwości interpretacyjnych dostarczają nowo uchwalone przepisy. Jednak czasem kontrowersje dotyczą też przepisów obowiązujących bez większych zmian „od zawsze”. Jednym z nich jest art. 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Dotyczy on przerwy w wykonywaniu zawodu trwającej dłużej niż 5 lat.

Jarosław Klimek Radca prawny OIL w Łodzi

Powszechnie w środowisku lekarskim przyjmuje się, że jeśli ktoś nie wykonuje zawodu przez 5 lat, to traci prawo wykonywania zawodu. Wniosek taki jest jednak w świetle samego przepisu art. 10 ustawy o ZLiLD nieuprawniony. Zgodnie z jego brzmieniem lekarz, który zamierza podjąć wykonywanie zawodu, a nie wykonywał go przez okres dłuższy niż 5 lat, ma obowiązek zawiadomienia o tym okręgowej rady lekarskiej i odbycia przeszkolenia.

CZYM JEST WYKONYWANIE ZAWODU?

O tym, co uznawane jest za wykonywanie zawodu lekarza, stanowi art. 2 ustawy ZLiLD. Podstawową aktywnością w tym zakresie jest oczywiście udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich (art. 2 ust. 1 i 2 ww. ustawy). Ale jest to również prowadzenie badań naukowych, nauczanie zawodu, kierowanie podmiotem leczniczym, zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czy urzędach i instytucjach, które przygotowują, organizują lub nadzorują udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Od 1 stycznia 2023 r. do katalogu tego włączone zostało zatrudnienie w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Co istotne, taką aktywnością będzie też wykonywanie zawodu poza granicami Polski w sposób zgodny z miejscowym prawem.

Jednak przepisy ustawy ZLiLD nie dają odpowiedzi na wiele pytań związanych z przerwą w wykonywaniu zawodu.

Dlatego NRL podjęła 28 czerwca 2019 r. stanowisko Nr 11/19/VIII w sprawie interpretacji art. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza / lekarza dentysty. Wypada jednak stwierdzić, że kwestie dotyczące tak istotnych spraw lekarzy i lekarzy dentystów powinny zostać uregulowane ustawowo, najlepiej przez umocowanie organów samorządu do wydania w tym zakresie stosownej uchwały. Regulacje kwestii technicznych związanych z przerwą w wykonywaniu zawodu znajdują się również w uchwale NRL z 13 stycznia 2017 r. Nr 1/17/VII regulującej prowadzenie rejestru lekarzy i lekarzy dentystów. Opisuje ona procedury, jakie podejmowane są w przypadku przerwy w wykonywaniu zawodu. Mogą one doprowadzić do zmiany numeru rejestracyjnego lekarza / lekarza dentysty w Centralnym Rejestrze w taki sposób, że numer kodowy (środkowa część numeru rejestracyjnego) zmieni się na 10 (w przypadku lekarzy) lub 20 (w przypadku dentystów) oznaczający niewykonywanie zawodu. Zgodnie z regulacjami NRL taki lekarz może wyłącznie udzielać świadczeń zdrowotnych oraz ordynować leki w odniesieniu do swojej osoby lub osoby bliskiej w warunkach ambulatoryjnych lub w stanach nagłych.

Aby nie dopuścić do przerwy, należy przed upływem 5-letniego terminu podjąć jedną ze wskazanych form aktywności stanowiących wykonywanie zawodu, w wymiarze nie mniejszym niż 40 godzin w miesiącu i nieprzerwanie przez co najmniej

6 miesięcy. Trzeba również te działania udokumentować. W praktyce pojawiają się problemy związane z udzielaniem świadczeń w ramach wolontariatu, bo świadczenia wolontariuszy mogą być wykonywane wyłącznie na rzecz podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej (art. 42 ust. 1 pkt 4) ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie). Podobnie jest w przypadku udzielania świadczeń w ramach umowy z lekarzem lub lekarzem dentystą wykonującym działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej - bo nie mogą oni takich umów zawierać.

POWRÓT DO PRAKTYKI

Żeby powrócić do wykonywania zawodu, konieczne jest odbycie przeszkolenia, którego tryb, program, miejsce i okres ustala właściwa okręgowa rada lekarska. Zgodnie ze stanowiskiem NRL powinno ono trwać nie krócej niż 3 miesiące i nie dłużej niż 12 miesięcy (chyba że przerwa była dłuższa niż 10 lat). W okresie epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego zamiast odbycia przeszkolenia można przez pierwsze 3 miesiące udzielać świadczeń zdrowotnych pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty. Uchylenie się od przeszkolenia grozi zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia. Wykonywanie zawodu bez odbycia przeszkolenia jest także przewinieniem zawodowym. ■■■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

ZAWIESZENIE PWZ ZA BRAK AKTYWNOŚCI

Okręgowy sąd lekarski uznał kierownika zespołu ratownictwa medycznego za winnego popełnienia czynu niedołożenia należytej staranności [art.8 KEL], i zawiesił mu prawo wykonywania zawodu na okres pięciu lat. Lekarz nie współpracował z ratownikami medycznymi, nie zaintubował pacjenta i nie podał mu żadnych leków.

Od powyższego orzeczenia obwiniony złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, domagając się uniewinnienia. NSL nie znalazł żadnych podstaw do zmiany orzeczenia OSL. Lekarz nie złożył kasacji do Sądu Najwyższego, wyrok stał się prawomocny.



Jacek Miarka
Przewodniczący NSL

nie reagując na prośby ratowników o pomoc, nie zbadał chorego, nie za-intubował, nie zlecił podania leków. Chory, wentylowany Ambu, został zaintubowany dopiero w szpitalu, ale niestety po kilku dniach zmarł.

***NSL uznał, że taka
całkowicie pasywna
postawa jest
w sposób rażący niezgodna
z normami Kodeksu
Etyki Lekarskiej
i obowiązującym
prawem.***

NSL uznał, że taka całkowicie pasywna postawa jest w sposób rażący niezgodna z normami Kodeksu Etyki Lekarskiej i obowiązującym prawem.

Do 52-letniego mężczyzny z zatrzymaniem oddechu i krążenia w przebiegu infekcji oskrzelowo-płucnej (możliwe zachłyśnięcie przy piciu herbaty) żona wezwała pogotowie, prowadząc resuscytację zgodnie z zaleceniami dyspozytora. W momencie przyjazdu ZRM chory był nieprzytomny, bez oddechu, natomiast powróciła akcja serca. Ratownicy przejęli czynności resuscytacyjne, ale nie udało im się zaintubować mężczyzny. Lekarz przez cały ten czas stał z boku, i opisywał w tablecie dane medyczne,

Specjalistyczny ZRM z lekarzem i dwoma ratownikami został stworzony po to, żeby optymalnie zaopatrzyć chorego i rozpocząć leczenie w miejscu zdarzenia, a w tym wypadku lekarz zachował się jak sędzia na zawodach ratowniczych: stał z boku i przyglądał się. Lekarz w tym zespole nie pełni funkcji administracyjnych, a powinien być, zgodnie ze swoim przygotowaniem zawodowym, aktywnym uczestnikiem akcji ratowniczej. O ile w czasie wykonywania masażu serca wybiera się szybką metodę zabezpieczenia dróg oddechowych, pozwalającą ograniczyć przerwy w masażu, to w momencie powrotu krążenia intubacja dotchawicza, oprócz możliwości prowadzenia skutecznej wentylacji, pozwala na prawidłowe odśluzowanie chorego, po prawdopodobnym wcześniejszym zachłyśnięciu.

Kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu jest bardzo surowa, ale NSL wziął pod uwagę, że obwiniony lekarz nie przyznał się do winy, nie wyraził skruchy z powodu skutków swego postępowania ani nie wykazał się jakąkolwiek autorefleksją, konsekwentnie twierdząc, że jego postępowanie było prawidłowe, bo to ratownicy mają samodzielnie wykonywać wszelkie procedury. NSL uważa odmiennie, że to właśnie lekarz, specjalista medycyny ratunkowej, jako osoba posiadająca największą wiedzę i kwalifikacje zawodowe, powinien swoimi umiejętnościami wspomagać ratowników i stanowić dla nich wzór.

Postawa prezentowana przez obwinionego prowadzi nie tylko do utraty zaufania do zawodu lekarza wśród społeczeństwa, ale również wśród przedstawicieli innych zawodów medycznych. ■■■

Art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

„Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”.

DRUGIE AUTO W KOSZTACH JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI LEKARZA

Organy podatkowe przyznają, że brak jest uregulowań prawnych ograniczających liczbę samochodów osobowych w prowadzeniu jednoosobowej działalności gospodarczej. Nic nie stoi zatem na przeszkodzie, aby podatnik w takiej działalności wykorzystywał kilka aut osobowych, o ile jest to uzasadnione rodzajem prowadzonej przez niego działalności gospodarczej.

Beata Wierzchowska Radca prawny

Jeżeli charakter działalności gospodarczej (np. sposób wykonywania usług wymagający codziennych dojazdów do miejsca ich świadczenia) uzasadnia wykorzystywanie w tej działalności dwóch środków transportu (samochodów), to co do zasady wydatki związane z tymi pojazdami mogą stanowić koszty uzyskania przychodów tej działalności.

CO WYNIKA Z PIT?

Zgodnie przepisami podatkowymi¹, kosztami uzyskania przychodów prowadzonej przez podatnika działalności gospodarczej są wszelkie racjonalnie i gospodarczo uzasadnione wydatki związane z tą działalnością, których celem jest osiągnięcie przychodów bądź też zabezpieczenie lub zachowanie tego źródła przychodów, o ile, w myśl przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, nie podlegają wyłączeniu z tych kosztów. Ów związek przyczynowy między poniesieniem wydatku a osiągnięciem przychodu bądź zachowaniem lub zabezpieczeniem jego źródła należy jednak oceniać indywidualnie, w stosunku do każdego wydatku. Z oceny tego związku powinno wynikać, że poniesiony wydatek obiektywnie może przyczynić

się do osiągnięcia przychodu bądź służyć zachowaniu lub zabezpieczeniu źródła przychodów. Dla uznania za koszt uzyskania przychodu wydatków poniesionych na nabycie określonych składników majątku, w tym przypadku samochodów osobowych, konieczne jest spełnienie przesłanki ich wykorzystywania na potrzeby i w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

JEDNOLITOŚĆ INTERPRETACJI

Linia interpretacyjna organów podatkowych we wskazanym zakresie jest od lat jednolita. Pozytywne dla podatników stanowisko wynikało z interpretacji indywidualnej Dyrektora Izby Skarbowej w Katowicach z 7 stycznia 2015 r.²

W stosunku do lekarki³ prowadzącej jednoosobową działalność gospodarczą potwierdził je też Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej w 2020 r. Organ podatkowy uznał, że ma ona prawo do zaliczenia wydatków ponoszonych na drugi samochód w działalności do kosztów uzyskania przychodu, zaznaczając, że to przedsiębiorca ustala, jaka liczba pojazdów jest mu niezbędna do prowadzonej działalności gospodarczej. Podobne wnioski Dyrektor KIS zawarł w interpretacji z dnia 9 marca 2021 r.⁴, w której stwierdził, że jedyne ograniczenia

zawarte w ustawie o PIT dotyczące samochodów to te warunkujące możliwość zaliczenia wydatku w koszty podatkowe.

W 2022 r. pewien podatnik prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą miał wątpliwości, czy może zaliczyć do kosztów podatkowych swojej działalności opłaty leasingowe, koszty eksploatacyjne oraz wydatki na ubezpieczenie związane z leasingiem drugiego samochodu osobowego. Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej, wydając interpretację indywidualną⁵, potwierdził dotychczasową linię, że podatnik jako leasingobiorca będzie mógł zaliczyć do kosztów uzyskania przychodów część odsetkową opłaty leasingu finansowego, odpisy amortyzacyjne, wydatki związane z bieżącą eksploatacją pojazdu oraz składki na ubezpieczenia komunikacyjne - jeżeli z umowy leasingu wynika obowiązek ich płacenia przez podatnika z uwzględnieniem ograniczeń ich wysokości, wynikających z art. 23 ust. 4, ust. 46a oraz ust. 47 ustawy o PIT. ■■■

¹ Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2647 z późn. zm.).

² Interpretacja indywidualna Dyrektora Izby Skarbowej w Katowicach z 7 stycznia 2015 r. nr IBPBI/1/415-1176/14/SK.

³ Interpretacja z dnia 24 czerwca 2020 r. nr 0115-KDIT3.4011.49.2020.3.AWO

⁴ Interpretacja indywidualna Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej z dnia 9 marca 2021 r. nr 0113-KDIPIT2-1.4011.982.2020.2.MGR.

⁵ Interpretacja indywidualna Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej z dnia 22 września 2022 r. nr 0115-KDIT3.4011.503.2022.3.KP.

W PIGUŁCE

(NIE)WAŻNOŚĆ CERTYFIKATÓW ZUS DLA LEKARZY

Beata Wierzchowska

Radca prawny

Lekarze, którzy podpisują na PUE ZUS dokumenty certyfikatem z ZUS, powinni sprawdzić jego termin ważności. ZUS wydaje go bowiem na pięć lat, tak więc pierwsze certyfikaty, wydane począwszy od 2017 r., już straciły ważność albo mogą ją wkrótce stracić.

Okres ważności certyfikatu można sprawdzić na swoim profilu na PUE ZUS w zakładce „Certyfikaty”. W oknie głównym wyświetla się informacja o dacie jego ważności. Jeśli certyfikat wygaśnie, to w oknie pojawia się komunikat: „Nie masz

ważnego certyfikatu. Możesz wystąpić o jego wydanie”. Nowy certyfikat można pobrać w każdej chwili, nie ma na to terminu. Aby o niego wystąpić, należy:

1. Zalogować się na PUE ZUS i przejść do zakładki „Lekarz”, a następnie otworzyć okno „Certyfikat ZUS”.
2. Po wyświetleniu się komunikatu, że certyfikat jest nieważny lub że zbliża się termin wygaśnięcia certyfikatu, należy wybrać przycisk „Tak, chcę dostać certyfikat”.
3. Po wyświetleniu się okna z danymi – imię i nazwisko lekarza uzupełnią się automatycznie, należy zaś podać e-mail lub telefon oraz ustalić hasło.
4. Następnie należy zaakceptować regulamin.

5. Po kliknięciu przycisku „Wyślij wniosek”, nowy certyfikat zostanie wystawiony w ciągu kilku minut. Po otrzymaniu informacji, że certyfikat jest gotowy, należy w zakładce „Certyfikaty ZUS” pobrać plik z certyfikatem i zapisać go na swoim komputerze w miejscu, gdzie będzie można z niego łatwo korzystać. Co ważne – plik z certyfikatem można pobrać tylko raz. Można go przenieść na nośnik zewnętrzny, np. pendrive, lub zapisać w innym miejscu, na innym komputerze, gdzie lekarz wystawia e-ZLA. Jeśli zaś certyfikat wygaśnie, a lekarz nie pobierze nowego, to nie będzie mógł podpisywać dokumentów certyfikatem ZUS.

źródło: www.zus.pl

TREŚĆ PIECZĄTKI LEKARSKIEJ

Beata Wierzchowska

Radca prawny

Czy w treści pieczętki lekarskiej można umieszczać informację, że lekarz jest w trakcie specjalizacji?

W ostatnich tygodniach ożyła w samorządzie lekarskim dyskusja dotycząca obowiązującej treści pieczętki lekarskiej. Okazało się bowiem, że lekarze wskazują w swoich pieczętkach różne informacje, np. że są w trakcie specjalizacji. Czy mają do tego prawo? Z czego wynikają nakazy i zakazy? Jedynym obowiązującym aktem w tej materii jest uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej z 2005 r.¹ Od strony technicznej nie zawiera ona żadnych ograniczeń dla lekarzy w zakresie kształtowania pieczętki – nie jest zatem ważny kolor tuszu, czy wielkość liter. Jeśli jednak chodzi o merytoryczną stronę tej kwestii – nie może być dowolności! Uchwała NRL wskazuje bowiem, że pieczętka lekarska musi zawierać następujące dane:

1. imię i nazwisko,
2. tytuł zawodowy, tj. „lekarz” („lek.”) albo „lekarz dentyista” („lek. dent.”),
3. numer prawa wykonywania zawodu,
4. posiadane specjalizacje, zgodnie z brzmieniem określonym w dyplomie lub zaświadczeniu potwierdzającym ich uzyskanie.

Uchwała NRL wskazuje też dane alternatywne, jakie może zawierać pieczętka lekarska, a mianowicie: tytuł i stopień naukowy, umiejętności z zakresu wyższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, zgodnie z brzmieniem określonym w świadectwie potwierdzającym posiadanie tych umiejętności, numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniającej lekarza do wystawiania recept, numer telefonu oraz adres. Specjalizacje lekarskie wskazane w treści pieczętki muszą być zatem posiadane, a więc wynikające ze stosownego

dokumentu potwierdzającego ich uzyskanie. Co więcej, nie można w treści pieczętki lekarskiej wpisywać specjalizacji niezgodnych z brzmieniem owego dokumentu. Jeżeli zatem lekarz ukończył specjalizację dawno temu i w dyplomie lub zaświadczeniu potwierdzającym jej uzyskanie widnieje nazwa specjalizacji, której w obecnie obowiązujących przepisach próżno szukać, lekarz ma obowiązek posługiwać się nazwą specjalizacji wynikającą z jego dyplomu. Mimo, iż od podjęcia uchwały dotyczącej treści pieczętki lekarskiej upłynęło ponad 17 lat, jest to akt w pełni obowiązujący, co potwierdziło Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w oficjalnym stanowisku z 2 grudnia 2022 r.²

¹ Uchwała Nr 110/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 września 2005 r. w sprawie treści pieczętki lekarskiej.

² Stanowisko Nr 33/22/P-IX Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 2 grudnia 2022 r.

STOMATOLOGIA

Czas płynie nieubłaganie, mamy już 2023 r. To będzie trudny okres dla wszystkich. Składa się na to nie tylko sytuacja gospodarcza, ale i zbliżające się wybory. Czekamy na wprowadzenie zmian w finansowaniu ze środków publicznych leczenia stomatologicznego. Według ostatnich wyliczeń ma to być wzrost o ponad 200 mln zł. To nadal za mało, by mówić o drastycznej zmianie, ale kierunek jest dobry.

Naczelna Izba Lekarska chce wprowadzenia systemu no-fault. Bardzo tego potrzebujemy, i mówię tu zarówno o lekarzach, jak i lekarzach dentystach. System no-fault opiera się na słusznym założeniu, iż nie popełnia przestępstwa ten, którego prawidłowo przeprowadzone leczenie spowodowało uszczerbek na zdrowiu. Nie chodzi tu o bezkarność, bo nadal złe



Paweł Barucha

Wiceprezes NRL

KIERUNEK JEST DOBRY

leczenie będzie rozliczane. Z danych statystycznych wynika, że tylko 5 proc. spraw zgłoszonych jako błędy ma swój dalszy ciąg. To świadczy o potrzebie zabezpieczenia lekarzy przed nieuzasadnionymi oskarżeniami.

Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia NIL prowadzi bezpłatne szkolenia dla lekarzy dentystów z radiologicznej ochrony pacjentów. Chętnych zapraszamy. Uzyskaliśmy pozytywną opinię Rady Ekspertów NIL dotyczącą prowadzonych kursów z radiologii. W jej skład wchodzi prof. Jerzy Walecki, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Dziękujemy za pomoc. W tym roku informatycy NIL spróbują napisać program do obsługi gabinetów. Ma być prosty i spełniający podstawowe wymagania.

Trzymam kciuki.

Życzę ciągłego zapału do pracy. ■■■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Mikrobiom jamy ustnej a depresja i lęk

Coraz więcej dowodów sugeruje, że zmiany w mikroflorze jelitowej odgrywają znaczącą rolę w rozwoju lęku, depresji i innych zaburzeń psychicznych. A w jaki sposób mikrobiom jamy ustnej wpływa na zdrowie psychiczne?

Naukowcy z Xi'an Jiaotong University (Chiny) postanowili to sprawdzić, przeprowadzając badanie kliniczno-kontrolne, dzięki któremu potwierdzili związek między określonymi bakteriami jamy ustnej a rozwojem depresji i lęku. Zespół zidentyfikował istotne interakcje między mikrobiomami śliny i grzbietu języka a lękiem i depresją. Odkryli, że bakterie jamy ustnej, takie jak *Centipeda periodontii*, *Granulicatella* i *Eggerthia*, są związane z oboma chorobami psychicznymi. Może też istnieć kilka mechanizmów związku między złym

stanem zdrowia jamy ustnej a zaburzeniami psychicznymi. Za pomocą substancji przekąźnikowych sprzyjających stanom zapalnym choroby przyzębia mogą pośrednio wpływać na ośrodkowy układ nerwowy. Dokładne mechanizmy rozwoju tych stanów i możliwe sposoby zapobiegania, na przykład pielęgnacja zębów (profilaktyka przyzębia), higiena jamy ustnej i strategię żywieniowe, wymagają dalszych badań.

„Ta praca podkreśla potrzebę dalszych badań nad potencjalną rolą mikrobiomu jamy ustnej w zaburzeniach zdrowia psychicznego, aby lepiej zrozumieć patogenezę choroby, potencjalnie prowadząc do nowych celów diagnostycznych i strategii wczesnej interwencji” – podsumowują autorzy badania.

Według Światowej Organizacji Zdrowia



na całym świecie ok. 264 mln ludzi cierpi na zaburzenia lękowe i 322 mln na depresję. ■■■

Źródło: dental-tribune.com

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Obturacyjny bezdech senny

Nowa koncepcja chirurgii szczękowej HKU Dentistry jest skuteczna w leczeniu obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego w ponad 50 proc. przypadków.

Leczenie chirurgiczne OBS polega na usunięciu lub zmianie położenia tkanek miękkich (np. migdałków), lub wysunięciu szczęki, by poszerzyć górne drogi oddechowe (pacjenci z OBS często mają mniejsze lub cofnięte szczęki). Operacja wysunięcia szczęki to skuteczna metoda leczenia OBS, ale może zmienić wygląd twarzy i zgryz, zwłaszcza u mieszkańców Azji Wschodniej, którzy zwykle mają bardziej wystające usta niż osoby rasy kaukaskiej, co utrudnia wykonanie takiej operacji bez uszczerbku dla estetyki twarzy.

Zespół badawczy z Oddziału Chirurgii Jamy Ustnej i Szczękowo-Twarzowej (OMFS) Wydziału Stomatologii Uniwersytetu w Hongkongu (Chiny) przeprowadził pilotażowe badanie, którego celem było sprawdzenie, czy nowo

opracowana technika operacji może pomóc w leczeniu OBS o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego. Wyniki opublikowano w „International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery”. Nowa technika obejmuje wielosegmentową osteotomię żuchwy, zwaną segmental mandibular progression (SMA). Operację przeprowadza się w celu uzyskania znacznego poszerzenia dróg oddechowych u nasady języka z jednoczesnym uzyskaniem atrakcyjnej estetyki twarzy i funkcjonalnego zgryzu. Po jej przeprowadzeniu pacjenci, którzy brali udział w badaniu, wykazywali 50 proc. lub więcej redukcji zaburzeń oddychania w nocy, a 58 proc. z nich uznano za wyleczonych, bez objawów bezdechu sennego.

Wielosegmentowa operacja korekcji szczęki zastosowana w leczeniu SMA była stosowana w Hongkongu od wielu lat do korygowania deformacji twarzy, ale – jak informuje główny naukowiec zespołu, dr Mike YY Leung, profesor nadzwyczajny chirurgii jamy ustnej

i szczękowo-twarzowej, badanie idzie o kilka kroków naprzód. – Było to pierwsze w historii badanie, które wykazało, że SMA może również skutecznie przynieść poprawę w przypadku OBS. Wyjątkowość rysów twarzy wśród populacji wschodnioazjatyckiej była powodem zastosowania tej metody, która oprócz znacznego poszerzenia dróg oddechowych uwzględnia estetykę i funkcję szczęki – informuje. Operacja pomogła poprawić przedoperacyjny AHI z 42,4 zdarzeń na godzinę do średnio 9 zdarzeń na godzinę w ciągu jednego roku po operacji. Stwierdzono również, że po operacji objętość dróg oddechowych zwiększyła się średnio 2,8 razy, umożliwiając pacjentom lepsze oddychanie. Liczby te utrzymywały się na stałym poziomie przez roczny okres badania. Nie wystąpiły żadne poważne powikłania zabiegu, co wskazuje, że SMA jest potencjalnie bezpieczną i skuteczną procedurą u pacjentów z ciężkim OBS.

Źródło: eurekaalert.org

Prognozy dla stomatologii w 2023 roku

Jak wynika z raportu Business Outlook firmy Christie & Co opublikowanego 19 stycznia, który analizuje prognozy rynkowe na nadchodzący rok, następne 12 miesięcy będzie dla stomatologii „dalekie od zagłady i mroku” i przewidyje się pracowity rok.

Autorzy raportu podkreślają jednak, że ograniczenie wydatków konsumenckich z większym prawdopodobieństwem wpłynie na przychody z medycyny estetycznej niż na leczenie ogólne. „Stomatologia nadal jest bardzo atrakcyjnym sektorem dla inwestorów, czemu sprzyja zwiększona świadomość dotycząca zdrowia jamy ustnej oraz boom na zabiegi kosmetyczne i estetyczne. Pomimo pewnych znaczących przeciwności – w szczególności rosnących stóp procentowych, niepewności geopolitycznej



i gospodarczej oraz rosnących wyzwań związanych z siłą roboczą w zawodzie – rynek pozostał wyjątkowo silny w 2022 r.” – napisano w raporcie.

Szef działu stomatologii w Christie & Co, Paul Graham, podkreśla, że istnieje szereg działań, które właściciele praktyk mogą podjąć, aby jak najlepiej przygotować się na to, co nadchodzi, m.in. inwestować w ludzi, zespoły i technologię – to wyróżni daną praktykę. Warto więc tworzyć ścieżki kariery dla pracowników. Należy dokładnie spisać dane, by zrozumieć, jak się działa, jak funkcjonuje i jak wydajna jest firma. Warto też delegować obowiązki. Właściciele praktyk muszą znaleźć takich ludzi, którzy mogą wykonać część pracy lepiej niż oni. „Wzmocnij swoje zespoły, a firmy będą się rozwijać” – radzą.

Źródło: dentistry.co.uk

Blżej nam do Europy czy Afryki?

Pod koniec 2022 r. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała raport o najbardziej rozpowszechnionych w świecie chorobach zakaźnych – chorobach jamy ustnej. Poruszenie tego zagadnienia niedługo po szczycie pandemii COVID-19 jednoznacznie pokazuje, że WHO dostrzega i rozumie, jak ważny jest to problem zdrowotny w skali całego świata. Pamiętajmy, że jama ustna stanowi integralną część wielu układów czynnościowych ludzkiego ciała.

Radosław Maksymowicz członek NRL, Ośrodek Współpracy Zagranicznej NIL **Kacper Gała** członek Komisji Stomatologicznej ORL w Rzeszowie

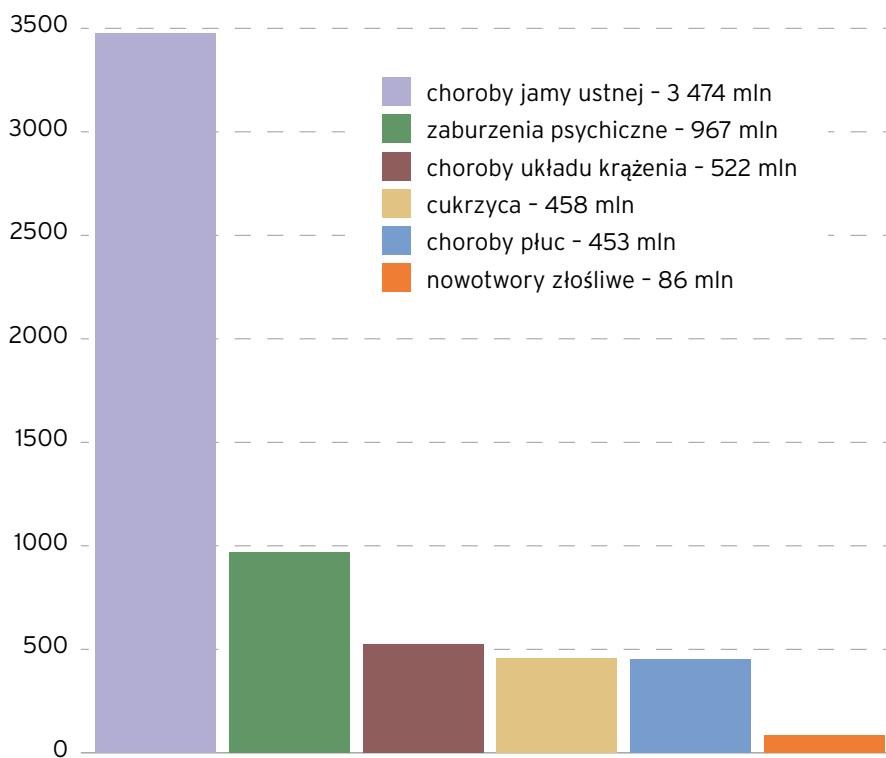


W 100-stronicowym raporcie o światowym stanie zdrowia jamy ustnej („Global oral health status report”, 11.2022) WHO w sposób przejrzysty i obszerny wskazuje na główne problemy, jakimi powinni zająć się tworzący systemy zdrowotne na całym świecie, a także proponuje konkretne zakresy działań dla uczestników procesu leczenia. Ta ocena sytuacji zdrowotnej i wskazanie zadań jest spójna z wcześniejszymi dokumentami publikowanymi przez WHO, w tym rezolucji z maja

2021 r. podjętej podczas 74. Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly, najwyższy organ decyzyjny WHO) i deklaracji 75. Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA 75.11) z kwietnia 2022 r., dotyczących zdrowia jamy ustnej. Z racji obszerności materiałów oraz wielu ewentualnych możliwych analiz i zależności – możemy jedynie nakreślić czytelnikom kluczowe elementy raportu WHO w tak ważnym temacie. Pełną wersję tego dokumentu przeczytają Państwo na stronach internetowych tej organizacji.

Raport został podzielony na cztery części. W pierwszej części poruszany jest globalny wpływ chorób jamy ustnej na zdrowie światowej populacji. W drugiej części omawiane są główne z chorób jamy ustnej, w tym m.in. próchnica zębów, choroby przyzębia, bezzębie, nowotwory jamy ustnej. W części trzeciej raport wskazuje na wyzwania, możliwości i cele, jakie stoją przed światem, aby zapewnić zdrowie jamy ustnej dla wszystkich. W części czwartej zawarto wskazówki dla powszechnych systemów ubezpieczeń zdrowotnych, jak osiągnąć wyznaczone cele na 2030 r.

Liczba pacjentów na świecie - wybrane choroby niezakaźne:



Źródło: „Global oral health status report”, WHO, 11.2022

GŁÓWNE TEZY

WHO zwraca uwagę, że na choroby jamy ustnej cierpi ok. 3,5 mld ludzi na świecie, co czyni je najbardziej rozpowszechnionymi chorobami niezakaźnymi, stanowiąc źródło znacznego obciążenia systemów zdrowotnych oraz licznych problemów, zarówno społecznych, jak i ekonomicznych. Aby oddać wagę tej informacji, warto wspomnieć, że liczba pacjentów z chorobami jamy ustnej przewyższa o miliard łączną liczbę pacjentów cierpiących na choroby psychiczne, choroby krążenia, cukrzycę, choroby płuc i nowotwory! WHO zwraca uwagę, że chociaż w niektórych krajach nastąpiła znaczna poprawa stanu zdrowia jamy ustnej, to jednak problem wciąż pozostaje poważny. Szczególnie jest to widoczne wśród najbiedniejszych członków społeczeństwa.

Pora więc na aktualne światowe dane:

- nieleczona próchnica w zębach stałych występuje u 2,3 mld ludzi,
- ponad 530 mln dzieci cierpi na nieleczoną próchnicę zębów mlecznych,
- ok. 1 mld ludzi cierpi na choroby przyzębia,
- nowotwory jamy ustnej należą do najbardziej rozpowszechnionych nowotworów na świecie (370 tys. zachorowań

rocznie), każdego roku odnotowuje się 180 tys. zgonów, w niektórych krajach stanowią one najwięcej zgonów związanych z rakiem wśród mężczyzn!

- blisko 350 mln ludzi cierpi z powodu bezzębia.

”

**WHO zwraca uwagę,
że na choroby jamy
ustnej cierpi ok. 3,5 mld
ludzi na świecie, co
czyni je najbardziej
rozpowszechnionymi
chorobami
niezakaźnymi.**

Autorzy raportu zwracają uwagę, że przy zastosowaniu odpowiednich metod można było tym stanom zapobiec lub znacznie ograniczyć te wartości.

KOSZTOWNE NIELECZENIE

W raporcie WHO znalazła się też szeroka analiza, w jaki sposób choroby jamy ustnej wpływają na obciążenie ekonomiczne. I tak, koszty z nimi związane na całym świecie stanowią 545 mld dolarów, a całkowity koszt przeznaczony na leczenie chorób jamy ustnej wyniósł w 2019 r. 387 mld dol. (ok. 1,7 bln zł) czyli - w przeliczeniu na jednego mieszkańca naszej planety - ok. 50 dol. To jedynie 4,8 proc. globalnych wydatków na zdrowie.

Największe wydatki na zdrowie jamy ustnej (>300 dol./os.) mają m.in. USA, Kanada, Niemcy, Włochy i kraje skandynawskie. Mieszkaniec Polski przeznacza na ten cel ok. 45 dol., a więc poniżej średniej światowej, co niestety jest widoczne w naszych krajowych statystykach. Łączny koszt polskich wydatków to 1 mld 702 mln dol. Warto dodać, że szacowane przez WHO straty dla polskiej gospodarki z powodu chorób jamy ustnej to 2 mld 771 mln dol. rocznie. Te sumy umiejscawiają choroby jamy ustnej wśród najbardziej kosztownych obszarów zdrowia, takich jak cukrzyca i choroby sercowo-naczyniowe.

Autorzy raportu zwracają też uwagę, że zły stan zdrowia jamy ustnej, oprócz bólu, dyskomfortu i braku dobrego samopoczucia, prowadzi do absencji w szkole i miejscu pracy (co wpływa m.in. na efektywność edukacji i ekonomikę pracy), a także na jakość życia i zdrowe starzenie się zarówno w kontekście fizycznym, jak i psychicznym. Zwrócono uwagę, że zły stan zdrowia jamy ustnej jest regularną przyczyną zapalenia płuc u osób niepełnosprawnych oraz u osób starszych, w szczególności mieszkających w placówkach opiekuńczych.

POLSKA VS MADAGASKAR

Oddzielnym, a jednocześnie uzupełniającym elementem raportu WHO są tzw. raporty krajowe, które pokazują część ważnych danych dotyczących zdrowia jamy ustnej i systemów w poszczególnych państwach². Nieprzypadkowo zrobiliśmy wstępne porównanie raportów dla Polski, Niemiec i Madagaskaru. Dlaczego akurat dla Madagaskaru? Odpowiedź jest prosta - w statystykach światowych dotyczących próchnicy zębów Polska i Madagaskar sąsiadują ze sobą, a niemiecki system opieki zdrowotnej należy do jednych z lepszych w Europie i świecie. Porównanie jest też swoistą odpowiedzią na pytanie zawarte w tytule. Już ze wstępnej analizy widać

różnice. Poniżej kilka wartości z raportów krajowych – zgodnie z kolejnością: Madagaskar/Polska/Niemcy

- suma wydatków na obywatela na choroby jamy ustnej (w dol./osobę): 0,2/45/372

- obecność próchnicy nieleczonej w zębach mlecznych u dzieci 1-9 lat (w proc.): 44,7/46/29,1

- spożycie cukru na obywatela (g/dzień/osobę): 20,2/120,2/100,6

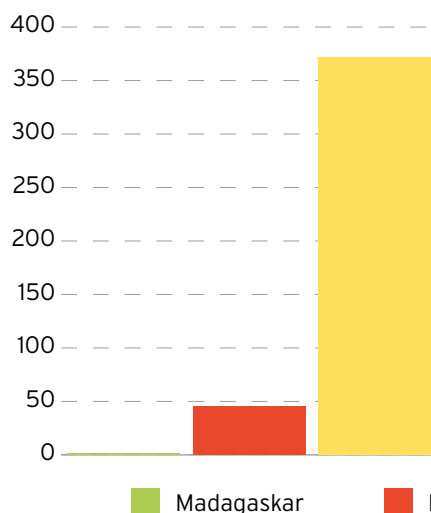
Porównanie tych danych dla trzech państw wydaje się zaprzeczeniem jednej z głównych tez raportu, a mianowicie, że choroby jamy ustnej są bardziej rozpowszechnione wśród krajów ubogich. Jak widać, polskie dzieci częściej mają próchnicę w zębach mlecznych niż ich afrykańscy rówieśnicy. Oczywiście ta sytuacja musi mieć inne podłoża. Już w przytoczonych tu danych widać, że polskie dzieci konsumują ok. 6-krotnie więcej cukru w stosunku do mieszkańców Madagaskaru i o ok. 20 proc. więcej niż niemieccy obywatele.

Cóż jest więc powodem tak niedobrych statystyk w kraju, który ma podatek cukrowy, a jego znaczna część miała pójść na profilaktykę i edukację prozdrowotną? Niestety nie jesteśmy w stanie dostrzec chociaż procentowych wydatków na te cele z 2 mld zł planowanych przychodów z podatku cukrowego. Może jego wprowadzenie ograniczyło chociaż spożycie słodkich napojów, ale niestety takimi danymi nie dysponujemy. Oto, gdzie pewnie należy szukać przyczyn tego stanu – wieloletnie zaniedbania systemowe dotyczące zdrowia jamy ustnej w naszym kraju, ograniczanie wydatków, brak odpowiedniej masowej polityki prozdrowotnej, brak powszechnej edukacji i źle prowadzona profilaktyka nie pozwolą nam na poprawę zdrowotności jamy ustnej. Spektakularne, ale nieefektywne propozycje, jak dentobusy, pokazują, że nie jest to właściwa droga, co wyraźnie potwierdzają dane statystyczne.

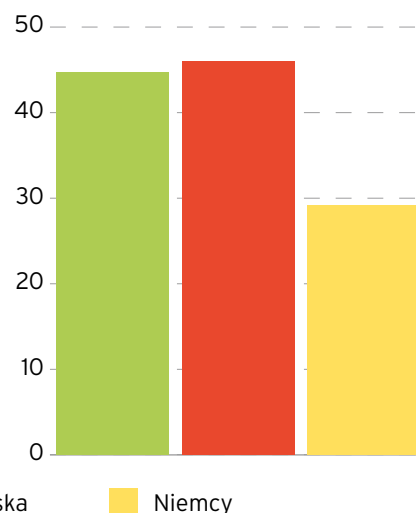
KONTROWERSYJNE DANE

WHO, w części dotyczącej raportów krajowych, opierając się na dostarczonych danych, sugeruje obszary, przez które zdrowotne problemy jamy ustnej mogły uzyskać tak masowy charakter. Ze smutkiem należy zaznaczyć, że raport dotyczący Polski zawiera powielane nieprawidłowe dane, np. dotyczące liczby lekarzy dentyków w naszym kraju. Informacja, która wypłynęła do Eurostatu z naszych instytucji rządowych, zaniża liczbę lekarzy dentyków w Polsce blisko trzykrotnie w stosunku do danych

Suma wydatków na obywatela na choroby jamy ustnej (w dol./osobę):



Obecność próchnicy nieleczonej w zębach mlecznych u dzieci 1-9 lat (w proc.):



Źródło: WHO

realnych. Komisja Stomatologiczna NRL poświęciła wiele wysiłku, aby te nieprawdziwe informacje sprostować w Eurostatie, ale – jak widać – potrzebne będą dalsze działania ze strony samorządu, gdyż kolejna instytucja przyjęła je jako prawdziwe. Wskaźniki liczby lekarzy dentyków przypadające na 10 tys. obywateli są w Polsce i Niemczech podobne i wynoszą ok. 9, a na Madagaskarze – ok. 0,5.

Należy dodać, że ta nieprawdziwa informacja o brakach personelu w polskim systemie zdrowotnym jest także przekazywana chociażby naszym kolegom z Ukrainy, u których ten argument ma znaczenie przy wyborze ich własnej drogi życiowej. Dlatego też analizy opisanych informacji statystycznych wymagają dodatkowej wiedzy o stanie rzeczywistym.

Ostatnią część raportu stanowią wskazówki, jak osiągnąć zaplanowane przez WHO cele na 2030 r. Wskazówki te szczegółowo omawiane są w wymienionych we wstępie dokumentach związanych z raportem. Tutaj więc tylko o nich wspomnimy. WHO zwraca uwagę, że zamierzane cele można osiągnąć jedynie poprzez współpracę od szczebla światowego poprzez regionalny i szczególnie krajowy – również poprzez współpracę z organizacjami pozarządowymi i organizacjami czy stowarzyszeniami profesjonalistów, środowiskiem uczelnianym, a także z sektorem prywatnym. W wytycznych systemowych WHO zwraca uwagę na zmianę

systemów opieki zdrowotnej z naprawczych na profilaktyczne, co szczególnie powinno być zrobione w naszym kraju.

Mamy nadzieję, że wzrost świadomości, poszerzenie horyzontów i wnikliwa analiza pozwolą osobom decyzyjnym na ukształtowanie właściwego systemu opieki zdrowotnej, który rozumie, że zdrowa jama ustna to dużo więcej niż „zatykanie dziur” w zębach i „hollywoodzki uśmiech”. Szanowni Państwo decydenci – DO PRACY... ODWAGI! Lekarze dentyści nie mogą być tymi jedynymi, którzy troszczą się o zdrowie swoich pacjentów. Deklarujemy dalszą pomoc, wysiłek i starania, chociaż trudno mieć w sobie tak dużo cierpliwości, czekając już dziesięciolecia na Wasze działania. W którą stronę skierujemy nasz kraj? Na zachód czy w kierunku Afryki?

¹ <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1479338/retrieve>

² <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>



„Global oral health status report”, WHO, 11.2022



Link do poszczególnych raportów krajowych

STAROŚĆ NIE MUSI BOLEĆ

W Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada około dwóch miejsc w oddziałach geriatrycznych. Dysponujemy w sumie 1140 łóżkami o tym profilu [dane z 2021 r.], co stanowi zaledwie 15 proc. zapotrzebowania na nie. W Belgii, Austrii czy Szwajcarii proporcje te wynoszą 25-75 łóżek na 100 tys. mieszkańców. Również standardy leczenia osób starszych w naszym kraju odbiegają od europejskich.



Lucyna Krysiak
Dziennikarz

Najwyższa Izba Kontroli wykazała, że organizacja systemu opieki geriatrycznej w Polsce nie zapewnia seniorom prawidłowej i wystarczającej pomocy medycznej. Mają utrudniony dostęp do specjalistów w tej dziedzinie, których liczba ledwo przekracza 500. Braki w leczeniu pozbawionym podejścia geriatrycznego niepokoją nie tylko geriatrów, ale też lekarzy innych specjalności. Obawiają się, że sytuacja ta przełoży się na generowanie kosztów leczenia w oddziałach specjalistycznych typu interna, kardiologia czy ortopedia oraz na wzrost umieralności seniorów.

WAŻNE JEST PODEJŚCIE

Dr Jarosław Derejczyk zna problem od podszewki. W przeszłości był konsultantem wojewódzkim w geriatrici i przez lata dyrektorem Szpitala Geriatrycznego im Jana Pawła II w Katowicach. Podkreśla, jak ważne jest podejście do pacjenta geriatrycznego, określające zaawansowanie deficytów zdrowia i stopień ich odwracalności. Do oddziałów o tym profilu

trafiają przeważnie osoby po 85 r. ż. ze sporym bagażem chorób przewlekłych, których zaostrzenia wymagają zespołowej interwencji.

Majaczenie, zagadkowa utrata sprawności ruchowej, szybki spadek masy, niewyjaśniona niedokrwistość, nagłe zaburzenia zachowania, złamane biodro – to problemy, których ocena szpitalna i leczenie nie powinny być rozwleczone w czasie, w myśl dyskryminującej dewizy: „czego tu oczekiwać w tym wieku”. Dla starszego chorego to przecież takie stany zagrożenia życia, jak zawał serca dla 50-latka. Opóźniane interwencje i czekanie w kolejce zabierają szansę na możliwość częściowej poprawy i zachowanie wyższego stopnia samodzielności. Diagnoza zespołów geriatrycznych, redukcja zagrożeń polipragmatyzmą i planowanie usprawniania w opiece poszpitalnej to szanse dla starszych chorych, jakie odnajdują w oddziale geriatrycznym. To, że na Śląsku znajduje się około 300 spośród 700 łóżek geriatrycznych funkcjonujących w kraju, ogranicza nieco niedostępność geriatrici szpitalnej. W innych regionach kraju nie jest tak dobrze.

Oddziałów geriatrycznych jest jak na lekarstwo, a są miejsca, gdzie nie ma ich wcale. Kontrola NIK wykazała, że od 2017 r. do 2021 r. w woj. warmińsko-mazurskim nie działał ani jeden oddział o tym profilu, a w woj. podlaskim i woj. zachodniopomorskim działały po jednym. – Geriatrici jest uznana przez resort zdrowia za priorytetową dziedzinę medycyny, ale to w żaden sposób nie przekłada się na

jej rozwój. Brakuje zarówno sprawdzonych rozwiązań w tym zakresie, jak też specjalistów geriatrów, którzy mogliby je wdrażać, gdyby zostały wprowadzone – tłumaczy Jarosław Derejczyk. Przykładem jest woj. świętokrzyskie, gdzie jeden geriatrici ma pod opieką 60 tys. seniorów. Tymczasem w krajach Unii Europejskiej liczba geriatrów przypadająca na 1 mln mieszkańców wynosi od 16 do 50 (w Polsce – 12,8). Zmiany są nieuniknione, ale wymagają uwzględnienia geriatrici w procedurach medycznych oraz porozumienia decydentów i płatnika ze środowiskiem lekarzy i pielęgniarek, którzy są najbliżej

”

Oddziałów geriatrycznych jest jak na lekarstwo, a są miejsca, gdzie nie ma ich wcale.

problemów zdrowotnych osób w wieku podeszłym. To niewiedza i lęki przed starością stoją za opieszałością w modyfikowaniu opieki geriatrycznej. – Sytuacja przypomina trochę tłum obserwatorów spoglądających na leżącego na ziemi staruszka. Pora, by z pułapu oglądania

wyłącznie TK głowy, przejść do dokładnej oceny jego możliwości ruchowych, by określić przyczyny upadku, bo inaczej nie unikniemy następnych – podsumowuje Jarosław Derejczyk.

BRAK KOORDYNACJI DZIAŁAŃ I EFEKTÓW

Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i NFZ (głównie oddziały wojewódzkie), a także Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji podejmowały próby rozwiązywania problemów związanych z niedofinansowaniem tej dziedziny medycznej, przeorganizowaniem opieki, tworzeniem standardów postępowania, ale – jak stwierdziła NIK – były to działania fragmentaryczne, nieskoordynowane, niewystarczające. Wciąż nie ma ogólnie przyjętych przepisów określających standardy opieki geriatrycznej, a także jej organizacji i funkcjonowania, co mogłoby przyczynić się do poprawy jakości i dostępności do tego rodzaju świadczeń.

Jak wynika z raportów NIK, obecnie Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), która jest podstawą w geriatrii (ocena stanu pacjenta i zaplanowania kompleksowej terapii, w tym rehabilitacji), była w pełni stosowana jedynie w połowie badanych oddziałów o profilu geriatrycznym. Od 10 lat rozważa się wprowadzenie tzw. dziennych hospitalizacji geriatrycznych, gdzie w sytuacji, kiedy pacjent wykazuje zaburzenia zachowania, można byłoby przyprowadzić go do takiej placówki, zdiagnozować i odesłać do domu ze wskazaniami do dalszego leczenia. Niestety tylko rozważa. Nie ma też ośrodków rehabilitacji geriatrycznej z prawdziwego zdarzenia, procedury wykonywane w oddziałach w tym zakresie nie obejmują np. choroby Alzheimera czy innych zespołów otępiennych.

Piotr Seiffert, lekarz geriatria pracujący w Klinice Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii PUM w Szczecinie, uważa, że przeszkodą w rozwijaniu tej specjalności i zainteresowania nią młodych lekarzy są czynniki osobiste i systemowe. – Odstrasza m.in. brak algorytmów, złożoność tej specjalności, brak szybkich efektów leczenia, ponieważ geriatria to nie jest medycyna naprawcza, postrzeganie geriatrii jako specjalizacji związanej z brakiem stymulacji intelektualnej, traktowanie jako specjalizacji drugiej kategorii, a więc brak prestiżu czy obawy związane z możliwością prowadzenia prywatnej praktyki – wymienia Piotr Seiffert. Jeśli chodzi o czynniki systemowe, wskazuje na brak

”

Problemy zdrowotne osób w wieku senioralnym nie omijają także samych lekarzy.

oddziałów, poradni i hospitalizacji jednodniowych/hybrydowych, czy zespołów opieki geriatrycznej wewnątrz i pozaszpitalnej. Potwierdza też, na podstawie własnej praktyki, że działalność tego sektora leczenia nie jest koordynowana. Uważa, że niezbędne jest jak najszybsze wprowadzenie regulacji standardów funkcjonowania oddziałów geriatrycznych i opieki ambulatoryjnej nad osobami starszymi, ale też jednostek opieki długoterminowej.

GERIATRIA SKRACA KOLEJKI DO SPECJALISTÓW

Kiedy mówi się o jakości w medycynie, zasadą jest, aby wycena procedury szła za jakością. Okazuje się, że opieka geriatryczna, obejmująca leczenie wielu chorób jednocześnie, jest skuteczniejsza od leczenia konwencjonalnego, które skoncentrowane jest na poszczególnych schorzeniach. Jakość tego leczenia i opieki przewyższa leczenie w oddziałach specjalistycznych typu interna, kardiologia, czy gastroenterologia, a koszty leczenia w tych oddziałach są zdecydowanie wyższe niż leczenie w oddziałach geriatrycznych. Dodatkowo w oddziałach geriatrycznych zapobiega się u pacjentów tak poważnym zaburzeniom jak majaczenia czy upadki, które występują w innych oddziałach jako następstwo szoku związanego z wyrwaniem ich z domowego środowiska, które jest im dobrze znane. Oddziały specjalistyczne nie zatrudniają też opiekunów wyszkolonych w opiece nad pacjentami w wieku senioralnym, którzy często potrzebują karmienia czy innych czynności opiekuńczych.

Geriatrzy przekonują, że warto dostrzec te aspekty geriatrii i zacząć w nią inwestować. Paulina Dębowska, geriatra pracująca w Oddziale Medycyny Paliatywnej



Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie mówi, że najczęściej jakość opieki geriatrycznej dostrzegają rodziny pacjentów prowadzonych przez specjalistów w tej dziedzinie. – Widzą różnicę w podejściu, opiece i tym, co mogą uzyskać. Od innych specjalistów słyszą, że to jest starość i nic się nie da zrobić, a od nas otrzymują wskazówki pozwalające na poprawę komfortu życia nie tylko pacjenta – seniora, ale i jego opiekunów – tłumaczy Paulina Dębowska. Podkreśla, że w geriatrii tkwią oszczędności dla systemu, to w tej specjalności najlepiej widać, jak skraca się kolejki do specjalistów. Pacjent w wieku podeszłym, prowadzony przez geriatrę, bardzo rzadko musi być dodatkowo konsultowany przez psychiatrę, diabetologa czy reumatologa. Geriatra jest przygotowany, aby zdiagnozować i leczyć charakterystyczne dla seniorów schorzenia – zarówno psychiczne, jak i somatyczne, a jego usługa jest tak samo finansowana jak wizyta u każdego innego specjalisty.

MAŁE ZAINTERESOWANIE

Specjalizacja z geriatrii nie jest chętnie wybierana przez młodych lekarzy, mimo że miejsc specjalizacyjnych jest więcej niż w latach minionych. Trend ten zaczyna się jednak zmieniać, także wśród pielęgniarek. Dzieje się tak, ponieważ wydłuża się długość życia społeczeństw, również Polaków, i chodzi o to, aby utrzymać ich



jak najdłużej w dobrym zdrowiu i sprawności. Zarówno dla rządzących, jak i kadr medycznych jest to poważne wyzwanie. Aby się z nim zmierzyć, potrzebna jest zmiana świadomości, że obecny pacjent różni się od tego sprzed 20 czy 30 lat.

Maciej Grodzicki z Warszawy zauważa, że w ostatniej jesiennej sesji egzamin specjalizacyjny z geriatry zdały tylko dwie osoby, co nie zapowiada, że nagle przybędzie w systemie lekarzy tej specjalności. Przez pięć ostatnich lat specjalizację z geriatry ukończyło w całym kraju zaledwie 101 lekarzy. Lekarze często wybierają geriatrę jako drugą specjalizację po psychiatrii, neurologii, internie lub medycynie rodzinnej, ale nie pracują w oddziałach czy poradniach geriatrycznych, bo takich miejsc pracy jest zdecydowanie za mało. – Sam jestem takim przykładem, mam specjalizację z interny i geriatry, lata pracy w klinice (wówczas akademii medycznej), ale pracuję jako lekarz POZ, ponieważ wycena świadczeń geriatrycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest tak niska, że poradnię geriatryczną, w której pracowałem w ramach NFZ, trzeba było zamknąć – mówi Maciej Grodzicki i dodaje, że wielu jego kolegów geriatrów było zmuszonych zrobić to samo. Ubolewa, że geriatrę resort zdrowia traktuje priorytetowo tylko na papierze i przed kolejnymi wyborami, ponieważ jest to specjalizacja, która wobec zmian

demograficznych, jakie zachodzą w Polsce i na świecie, będzie miała kluczowe znaczenie. Zwraca też uwagę na problem, który łączy się z deficytem geriatrów. Chodzi o lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, których średnia wieku wynosi 60-70 lat i wkrótce nie będzie ich kim zastąpić. Są oni doświadczonymi fachowcami, ale często boją się podjąć decyzję o leczeniu pacjenta, gdyż praca pod presją systemu wprowadzającego coraz to nowe przepisy i wymagania, straszące odpowiedzialnością finansową i karną, zdecydowanie temu nie sprzyja. – Są twarde dowody na to, że optymalizacją leczenia w geriatry można wiele osiągnąć, nie generując kosztów, jakie niosą za sobą inne specjalności, głównie inwazyjne. Warto wreszcie dokonać tego rachunku zysków i strat i wyciągnąć wnioski – konkluduje Maciej Grodzicki.

SENIORZY WSPIERAJĄ SYSTEM

Problemy zdrowotne osób w wieku senioralnym nie omijają także samych lekarzy. Z najnowszych danych wynika, że bardzo wielu medyków – już emerytów i rencistów, a więc seniorów – wciąż pracuje zawodowo. Stanowią oni 30 proc. wszystkich lekarzy zatrudnionych w publicznym i niepublicznym sektorze ochrony zdrowia. Mówi się o nich, że wspierają system, a dyrektorzy szpitali nie ukrywają, że gdyby nie oni, nie mieliby kim wypełnić grafików dyżurów.

Tak jest m.in. w udarowych oddziałach neurologicznych, gdzie warunki pracy są trudne i niełatwo znaleźć chętnych do pracy. Czas sprawności po przejściu na emeryturę powiązany jest z warunkami pracy w okresie dużej aktywności, stylem życia i z dostępem do opieki medycznej. Z kolei podejście healthy ageing dotknęło polskich medyków 70 plus w ostatnim dwudziestolecu ich aktywności zawodowej. Jak przekonuje dr Derejczyk, dla sprawdzenia własnej trajektorii starzenia i zachowania jak najdłuższej samodzielności, warto skonsultować się z geriatrą, a w ramach koleżeńkiej wymiany doświadczeń zainteresować się wydaną przez PZWL w 2021 r. publikacją „Drogowskazy w geriatryi”.



GINĄCY ŚWIAT INTERNY

W dniach 9-10 grudnia w Domu Pracy Twórczej w Radziejowicach odbyła się doroczna konferencja „Problemy Interny na Mazowszu”. Jak zawsze mówiono o sytuacji tej dziedziny medycyny w całej Polsce. Jest ona oceniana z wielu powodów jako dramatyczna. Trzy podstawowe to: niewystarczające finansowanie przez NFZ, stale zmniejszająca się liczba łóżek oraz niedobory kadry lekarskiej.

Ryszard Golański

Konferencja zaczęła się od wystąpienia prof. Jacka Różańskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie interny, który rozpoczął od przedstawienia wymownego przeżycia z dinozaurami, mówiąc o ginącym świecie interny. A przecież bez interny nie ma ochrony zdrowia. Usłyszeliśmy też o finansowaniu: że leczy się całego pacjenta, który ma wiele chorób, ale NFZ płaci za leczenie jednej choroby, a także o szkoleniu: że brakuje nowego programu specjalizacji (powinien być moduł podstawowy – bez staży specjalistycznych – i moduł specjalistyczny). Duży tumult spowodował też podział miejsc rezydentów – 150 z nich pozostaje nieobsadzonych, a więcej lekarzy osiąga wiek emerytalny niż rozpoczyna szkolenie. Ratunkiem dla oddziałów internistycznych powinno być tworzenie łóżek do terapii przewlekłej. Dr Marek Stopiński mówił m.in. o niedocenianej roli oddziałów wewnętrznych w szkoleniu wszystkich lekarzy. Struktura wiekowa pacjentów interny: 75 proc. ma ponad 60 lat, a 30 proc. – ponad 80. Wśród przyczyn hospitalizacji nie ma POCHP i cukrzycy, bo ci pacjenci są inaczej rozliczani z powodów finansowych.

ŚMIETNIK MEDYCyny

We wspólnym wystąpieniu prezesa NFZ Filipa Nowaka i dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michała Dziegielewskiego usłyszeliśmy, że interna jest, sukcesywnie, coraz lepiej wyceniana, a wielochorobowość to problem we wszystkich specjalizacjach, i że od 1 stycznia szpitale podpisują nowe umowy. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału NFZ Zbigniew Terek

przyznał, że 50 proc. interny na Mazowszu to szpitale powiatowe. Zatrudnionych jest 801 internistów i 335 rezydentów. 6 proc. pacjentów ma ponad 90 lat! Prezes Towarzystwa Internistów Polskich prof. Jan Duława mówił o internie jako śmietniku medycyny. Specjaliści „z taśmą z pacjentami” wybierają tych, u których można wykonać opłacalną procedurę, a chorzy terminalni, nierokujący, trafiają na internę.

Prof. Ryszard Gellert, dyrektor CMKP i konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, zapowiedział wejście od początku roku nowego programu specjalizacji. Jedną z istotnych zmian będzie wzmocnienie roli kierownika specjalizacji. Odnosząc się do uwag dotyczących rozdziału miejsc rezydentów, przypomniał, że o ich liczbę wnioskuje wojewoda.

Podczas dyskusji prof. Różański przywołał powtarzający się zarzut, że tak duża liczba pacjentów w oddziałach wewnętrznych bierze się także stąd, że POZ niedostatecznie diagnozuje i leczy chorych. Dyrektor Szpitala Zachodniego Krystyna Płukis mówiła o pustych gabinetach specjalistycznych w poradniach przyszpitalnych, bo lekarze odeszli do placówek prywatnych. Zwracała też uwagę na rozregulowanie plac, czyli ogromne różnice między lekarzami zatrudnionymi na etacie, a tymi, którzy są na kontrakcie. Ponadto są znaczące różnice płacowe pomiędzy

specjalizacjami. Dr Gogolewski z Płocka zwracał uwagę na dysproporcje pomiędzy szpitalami powiatowymi a klinikami co do liczby zatrudnionych lekarzy. Zbyt mało lekarzy specjalizuje się w systemie pozarezydenckim.

Drugi dzień konferencji wypełniły wykłady merytoryczne. Prof. Tomasz Hryniewiecki, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, przedstawił projekt opieki koordynowanej w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej NI-KARD – po udanym pilotażu na Mazowszu, gdzie do programu włączono 3 tys. pacjentów. Niestety tylko 305 z POZ, a to właśnie lekarze rodzinni powinni prowadzić tych chorych, a specjalista powinien być ich konsultantem.

Z zainteresowaniem wysłuchano wystąpienia prof. Magdaleny Durlak, która przedstawiła dane dotyczące transplantacji nerek w Polsce w 2022 r. Niestety Polska, z 20 przeszczepieniami na 1 mln mieszkańców, nadal pozostaje w tyle za innymi krajami. W Hiszpanii dokonuje się aż 56 przeszczepień na 1 mln mieszkańców. Szczególnie ważnym problemem w naszym kraju jest zbyt mała liczba przeszczepów od żywych dawców (zaledwie 5 proc.) – tymczasem przeżywalność chorego po przeszczepie od żywego dawcy jest znacząco dłuższa.

Po raz kolejny w czasie konferencji „Problemy Interny na Mazowszu” można było usłyszeć uwagi i zarzuty w stosunku do podstawowej opieki zdrowotnej.

Organizatorami konferencji „Problemy Interny na Mazowszu” byli dr Marek Stopiński, konsultant wojewódzki w zakresie chorób wewnętrznych dla woj. mazowieckiego oraz Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich z prezesem prof. Krzysztofem Muchą na czele.

Biuletyn

NR 8 (216)

WARSZAWA, XII 2022

Paweł Doczekalski Redaktor naczelny

**UCHWAŁA Nr 55/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie upoważnienia
do zawarcia umowy
z Ministrem Zdrowia**

Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 56/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie upoważnienia do zawarcia
umowy z Ministrem Zdrowia**

Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 57/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie określenia wysokości
oraz zasad wypłaty wynagrodzenia
członków Naczelnego Sądu
Lekarskiego oraz zastępców
Naczelnego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
za czynności związane z prowadzeniem
spraw z zakresu odpowiedzialności
zawodowej oraz innych powierzonych
tym organom na mocy odrębnych
przepisów**

Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 58/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie zmiany uchwały w sprawie
szczegółowego trybu postępowania
w sprawach przyznawania prawa
wykonywania zawodu lekarza i lekarza
dentysty oraz prowadzenia rejestru
lekarzy i lekarzy dentystów**

Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 59/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie Rejestru Ukaranych Lekarzy
i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej
Polskiej**

Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 60/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
wysokości składki członkowskiej**

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

§ 1

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r., zmienionej uchwałą Nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie wysokości składki

członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 po ust. 2 dodaje się ust. 3, 4 w brzmieniu:

„3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki, odpis finansowy od składek tych lekarzy nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie ”.

§ 2

Tekst jednolity uchwały stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UZASADNIENIE

Przedłożony projekt zmiany uchwały jest konsekwencją dyskusji, która odbyła się podczas ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, w dn. 21 października 2022 r.

Załącznik do uchwały jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 61/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie powołania Centrum Usług
Wspólnych Naczelnej Izby Lekarskiej**

*Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej
Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce
„Dokumenty”.*

**UCHWAŁA Nr 62/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie przyjęcia informacji
o działalności samorządu lekarzy
i lekarzy dentystów w 2021 r.**

*Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej
Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce
„Dokumenty”.*

**UCHWAŁA Nr 63/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
uczestnictwa Naczelnej
Rady Lekarskiej w pracach
międzynarodowych organizacji
lekarzy i lekarzy dentystów**

*Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej
Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce
„Dokumenty”.*

**UCHWAŁA Nr 64/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
w sprawie powołania dyrektora
Centrum Usług Wspólnych Naczelnej
Izby Lekarskiej**

*Treść uchwały jest dostępna na stronie Naczelnej
Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce
„Dokumenty”.*

**APEL Nr 1/22/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 grudnia 2022 r.
do Prezydenta
Rzeczypospolitej Polskiej
w przedmiocie
zawetowania ustawy
zmieniającej sposób finansowania
publicznego systemu ochrony zdrowia**

*Treść apelu jest dostępna na stronie Naczelnej
Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce
„Dokumenty”.*

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 9 grudnia 2022 r.
o wygaśnięciu mandatu członka
Krajowej Komisji Wyborczej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie uchwały Nr 6/22/VIII Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 9 grudnia 2022 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka

Krajowej Komisji Wyborczej lek. dent. Piotra Kuchty, obwieszcza się, co następuje: wygasa mandat członka Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji 2022-2026 lek. dent. Piotra Kuchty.

PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 9 grudnia 2022 r.
o uzyskaniu mandatu członka Krajowej
Komisji Wyborczej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 2/22/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 8 lutego 2022 r., na podstawie uchwały Nr 7/22/IX Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 9 grudnia 2022 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Krajowej Komisji Wyborczej przez lek. dent. Aleksandrę Sommerlik-Biernat, obwieszcza się, co następuje: członkiem Krajowej Komisji Wyborczej na okres IX kadencji 2022-2026 została lek. dent. Aleksandra Sommerlik-Biernat.

PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Jacek Kotuła



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



Ogromnie dziękuję za datki, które do nas napływają z całej Polski!

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółami działalności Fundacji na www.fl.org.pl

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

KARDIOLOGIA

SZYBSZA DIAGNOZA, SZYBSZE LECZENIE

Pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej rozszerza się na kolejne województwa.

Lucyna Krysiak Dziennikarz

Wprowadzony pilotażowo w woj. mazowieckim ministerialny program Krajowej Sieci Kardiologicznej od marca tego roku obejmie sześć kolejnych województw – dolnośląskie, śląskie, małopolskie, pomorskie, wielkopolskie i łódzkie. W pilotażu uczestniczyło dotychczas ponad 3,2 tys. pacjentów z niewydolnością serca, zastawkowymi wadami tego narządu, nadkomorowymi i komorowymi zaburzeniami rytmu i przewodzenia, a także nadciśnieniem tętniczym opornym i wtórnym. Rozszerzenie programu na kolejne województwa ma ułatwić dostęp do specjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej opieki kardiologicznej i docelowo przyspieszyć leczenie 160 tys. chorych z tego rodzaju wskazaniem.

PODNIĘĆ SIĘ PO PANDEMII

Krajowa Sieć Kardiologiczna ma pomóc podnieść się kardiologii po pandemii COVID-19 – ta dziedzina medycyny za sprawą koronawirusa poważnie ucierpiała. W porównaniu z okresem sprzed kilku lat leczenie inwazyjne chorób sercowo-naczyniowych spadło w Polsce o blisko 40 proc. Mimo sprawnie działających sieci pracowni hemodynamicznych czy programu KOS-zawał, obejmujących opieką chorych po zawale, wzrastała śmiertelność także w tej grupie chorych.

W 2019 r. przekształcono Instytut Kardiologii w Narodowy Instytut Kardiologii Kardynała Stefana Wyszyńskiego i nadano tej placówce status Państwowego Instytutu Badawczego z uprawnieniami do realizacji programów polityki zdrowotnej i programów wieloletnich, co utorowało w 2020 r.

drogę instytutowi do przygotowania Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Równolegle prof. Tomasz Hryniewiecki, który był dyrektorem Narodowego Instytutu Kardiologii, prowadził prace nad programem Krajowej Sieci Kardiologicznej, będącym częścią tego przedsięwzięcia.

Nad realizacją Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia sprawuje pieczę powołana w maju 2021 r. przez MZ Krajowa Rada ds. Kardiologii, której przewodniczącym został prof. Tomasz Hryniewiecki, obejmując też funkcję krajowego konsultanta ds. kardiologii. – Te programy są dla polskiej kardiologii szansą na podniesienie się po pandemii z kryzysu i ich realizacja jest jednym z priorytetów na ten rok – podkreśla profesor, zaznaczając jednocześnie, że przy tego rodzaju wzmocnieniu powstałe zaległości w kardiologii są do odrobienia. Jest także przekonany, że Krajowa Sieć Kardiologiczna może stać się dla kardiologii tym, czym dla onkologii staje się Krajowa Sieć Onkologiczna. Co to oznacza w praktyce?

KSK W PIGUŁCE

Diagnostyka oraz leczenie pacjentów w ramach pilotażu KSK obejmie nielimitowane świadczenia, opierając się na współpracy lekarzy POZ z placówkami AOS i szpitalami, co z założenia przyspieszy drogę pacjenta od wykrycia choroby do wdrożenia skutecznej terapii. Każdy zakwalifikowany do pilotażu pacjent powinien maksymalnie w ciągu 30 dni trafić do specjalisty, aby rozpocząć leczenie najnowocześniejszymi metodami w ośrodku specjalistycznym.

Ośrodkiem koordynującym program na szczeblu krajowym jest Narodowy Instytut

Kardiologii Kardynała Stefana Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie. Koordynatorami na szczeblu województw są: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu (dolnośląskie), Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (łódzkie), Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II (małopolskie), Narodowy Instytut Kardiologii Kardynała Stefana Wyszyńskiego – PIB w Warszawie (mazowieckie), Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku (pomorskie), Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu (śląskie), Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (wielkopolskie).

Do koordynacji prac tych ośrodków powstał system teleinformatyczny KSK, zarządzany przez warszawski instytut, który umożliwi przepływ informacji między podmiotami współpracującymi i kierującymi pacjentem do programu pilotażowego. Aby objąć opieką kardiologiczną większą liczbę pacjentów, kwalifikować ich do programu mogą nie tylko lekarze POZ, ale poradnie kardiologiczne, oddziały o profilu kardiologicznym i oddziały o profilu chorób wewnętrznych.

– Choroby układu krążenia są w Polsce wciąż na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o śmiertelność i jesteśmy pod tym względem w czołówce Europy, mamy więc sporo do zrobienia, aby zmienić te ponure statystyki i wierzę, że jest to możliwe. Wprowadzane programy są częścią zmian systemowych, ale po pandemii mamy do spłacenia dług kardiologiczny i należało go w tych programach uwzględnić – konkluduje prof. Tomasz Hryniewiecki.

SAMORZĄDOWE INICJATYWY

SPOTKANIE W NIL Z RODZICAMI DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

12 stycznia przedstawiciele samorządu lekarskiego spotkali się z lekarzami wychowującymi dzieci dotknięte niepełnosprawnością. Podczas dyskusji omówiono wyzwania oraz potrzeby rodzin będących w takiej sytuacji.



Wiceprezisi NRL, Paweł Barucha i Klaudiusz Komor

12 stycznia przedstawiciele samorządu lekarskiego spotkali się z lekarzami wychowującymi dzieci dotknięte niepełnosprawnością. Podczas dyskusji omówiono wyzwania oraz potrzeby rodzin będących w takiej sytuacji. Spotkanie miało na celu przybliżenie samorządowi lekarskiemu problemów, z którymi na co dzień borykają się lekarze – rodzice dzieci z niepełnosprawnością oraz zainaugurowanie swego rodzaju forum dyskusyjnego w tym zakresie – tak, aby izby lekarskie mogły skuteczniej reagować na prośby swoich członków. Najczęściej wskazywane obszary to nieprzystosowany system oraz brak zrozumienia wśród społeczeństwa i w samym środowisku lekarskim.

Rodzice – goszczący w siedzibie NIL oraz uczestniczący online – sugerowali, że użyteczna mogłaby okazać się kampania poszerzająca wiedzę na temat ograniczeń zawodowych, z jakimi mierzą się lekarze wychowujący dzieci z niepełnosprawnościami, ponoszonych kosztów materialnych

i niematerialnych oraz ogólnie schorzeń ich dzieci. Zwracano uwagę, że z kolei od strony systemu brakuje odpowiedniej infrastruktury do badań dzieci z niepełnosprawnościami, jak również nie ma wystarczającej liczby specjalistów, którzy wiedzą, jak takie badania przeprowadzać. Lekarze dzieci z niepełnosprawnościami biorący udział

w spotkaniu zgłosili również potrzebę stałej pomocy prawnej – dotyczącej zagadnień zawodowych, jak też samego leczenia i związanymi z nim procedurami. Poruszyli także kwestię ulgi od składki członkowskiej, podkreślając, że w ich przypadku kwota powinna być ustalona odgórnie.

Przedstawiciele samorządu zadeklarowali, że omówione problemy i propozycje rozwiązań zostaną przekazane Naczelnej Izbie Lekarskiej oraz okręgowym radom lekarskim. Zaproponowali również, że w ramach NIL powstanie platforma, gdzie lekarze – rodzice dzieci z niepełnosprawnością będą mogli się ze sobą komunikować, wymieniać się doświadczeniami i informacjami. W ramach takiej grupy miałyby też być oferowana pomoc prawna oraz psychologiczna. Przypomniano również, że o pomoc materialną można zwracać się także do Fundacji Lekarze Lekarzom.

Źródło: nil.org.pl



Przedstawicielki rodziców dzieci z niepełnosprawnościami w siedzibie NIL

NAUKA W PIGUŁCE

Biegi na orientację a praca mózgu



Jak wynika z badań przeprowadzonych przez McMaster University (Kanada), biegi na orientację, bazujące na umiejętnościach nawigacyjnych i pamięci, mogą być przydatne jako środek naprawczy lub zapobiegawczy w walce ze spadkiem funkcji poznawczych związanym z demencją.

Naukowcy postawili hipotezę, że fizyczne i poznawcze wymagania, takie jak wysiłek, będący połączeniem ćwiczeń fizycznych z nawigacją, mogą stymulować te części mózgu, które nasi starożytni przodkowie wykorzystywali do polowań i zbieractwa. Mózg ewoluował tysiące lat temu, aby przystosować się do surowego środowiska, tworząc nowe ścieżki neuronowe.

– We współczesnym życiu może brakować specyficznych wyzwań poznawczych i fizycznych, których mózg potrzebuje do rozwoju – mówi Jennifer Heisz z katedry badań nad zdrowiem i starzeniem się mózgu na McMaster University, nadzorująca badania. – W przypadku braku

aktywnej nawigacji ryzykuje się utratę tej architektury neuronowej – zaznacza. Wyniki badania opublikowano 20 stycznia w czasopiśmie „PLoS ONE”.

Podczas badania kanadyjscy naukowcy przeprowadzili ankietę wśród zdrowych osób dorosłych w wieku od 18 do 87 lat o różnym stopniu biegłości w biegach na orientację (brak, średni, zaawansowany i elitarny). Osoby biorące udział w biegach na orientację zgłaszały lepszą nawigację przestrzenną i lepszą pamięć, co sugeruje, że dodanie do regularnych treningów elementów angażujących orientację może przynieść korzyści na całe życie.

Badacze sugerują, że istnieją dwa proste sposoby na włączenie do codziennego życia biegu na orientację: wyłączenie GPS i korzystanie z mapy, aby znaleźć drogę podczas podróży, a także stawianie sobie wyzwań w terenie w postaci korzystania z nowych tras biegu, spaceru lub jazdy na rowerze.

Źródło: eurekalert.org

Ryzyko samobójstwa a nowotwór

Na pytanie, jakie jest ryzyko samobójstwa u osób z chorobą nowotworową i jakie są socjodemograficzne oraz kliniczne czynniki ryzyka samobójstwa wśród pacjentów, u których zdiagnozowano raka, postanowili odpowiedzieć amerykańscy naukowcy.

W populacyjnym badaniu kohortowym 16 771 397 osób, u których zdiagnozowano raka w latach 2000-2016 w 43 stanach USA, ryzyko samobójstwa było o 26 proc. wyższe w porównaniu z populacją ogólną, a do zwiększania się tego ryzyka przyczyniły się status ubezpieczeniowy i pochodzenie etniczne.

Wyższe ryzyko samobójstwa obserwowano u osób ze złym rokowaniem w ciągu dwóch lat od rozpoznania oraz z nowotworami podatnymi na długotrwałe upośledzenie jakości życia po dwóch latach.

Dowody z tego badania mogą lepiej uświadomić potrzebę działań na rzecz poprawy opieki psychospołecznej wśród osób, u których zdiagnozowano raka lub które borykają się z chorobą nowotworową.

Źródło: jamanetwork.com

Poczucie samotności a dieta

Jak wynika z ankiety badawczej National College Health Assessment, która gromadzi dokładne dane na temat nawyków, zachowań i postrzegania zdrowia studentów, poczucie osamotnienia wśród tych młodych ludzi radykalnie wzrosło w ostatniej dekadzie.

Na podstawie danych z badania kohortowego „Mason: Health Starts Here” Li Jiang, absolwentka Master of Nutrition (USA), odkryła, że samotność studentów wiązała się ze zmienioną jakością

diety i brakiem aktywności fizycznej. Badania te prowadzono w ramach pracy magisterskiej, współpracując z przewodniczącym Mason Nutrition and Food Studies Department Chair, Lawrence'em J. Cheskinem.

– Wyniki potwierdzają potencjalną potrzebę dalszych badań w celu zrozumienia niezdrowych zachowań żywieniowych i aktywności fizycznej, które mogą być związane z samotnością mającą wpływ na wielu studentów – mówi

Jiang. Siedzący (19,2 proc.) i mało aktywny tryb życia (53,8 proc.) były częstsze wśród uczniów zgłaszających wysokie poczucie samotności niż wśród uczniów z niskim poczuciem osamotnienia. Wyniki badania „Loneliness is associated with unhealthy dietary behaviors and physical inactivity among US college students” zostały opublikowane w czasopiśmie „Journal of American College Health”.

Źródło: tandfonline.com

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Powoli WYCHODZIMY Z ZAPAŚCI

Z prof. *Alicją Dębską-Słizien*, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jaka jest obecnie sytuacja polskiej transplantologii i w jakim stopniu przyczyniła się do niej pandemia COVID-19?

Pandemia COVID-19 znacząco obniżyła liczbę przeszczepień, ale ten niekorzystny spadek dotknął także kraje, które przodowały w transplantacjach. Dane mówią same za siebie. W 2019 r. w Europie przeszczepiono

34 285 narządów, w tym m.in. 21 235 nerek, 7900 wątrób, 2269 serc, 2136 płuc i 710 trzustek. W roku 2021 było już tylko 26 370 transplantacji organów, w tym 15 684 nerek, 6483 wątrób, 2026 serc, 1711 płuc i 447 trzustek. W Polsce spadek liczby przeszczepień w porównywalnym czasie, jeśli chodzi o nerki, wynosił 20 proc., ale obecnie notujemy

już wzrost o około 10 proc. Z danych Poltransplantu, aktualizowanych co miesiąc, wynika, że w 2021 r. było łącznie 1274 transplantacji narządów miękkich, a w 2022 r. – 1402. W tym czasie przeszczepiono 784 nerki, 18 nerek z trzustką, 304 wątroby, 183 serca i 93 płuca. To jest poziom, który może jeszcze nie zadowala, ale dobrze prognozuje na przyszłość.

Dominującą narracją w debatach o przeszczepach są pogłębiające się problemy z pozyskiwaniem dawców narządów.

Zwiększenie liczby dawców nastęrcza duże trudności, ponieważ oddziały szpitalne nadal mierzą się ze skutkami pandemii. Opieka nad potencjalnym dawcą i cały proces jego orzekania wymaga dużego nakładu pracy i czasami przekracza możliwości organizacyjne oddziału. Miejmy nadzieję, że zaangażowanie koordynatorów i pozytywna energia towarzysząca transplantacjom pozwoli uaktywnić oddziały i identyfikować większą liczbę dawców. Należy też zainicjować włączenie do programu donacji nowych szpitali, które posiadają taki potencjał. W Polsce jest ich wiele. Wzrostu liczby transplantacji można również upatrywać w optymalnym wykorzystaniu dawców o standardowych kryteriach. Oznacza to pobranie od nich jak największej liczby narządów i tkanek do przeszczepienia. Wymaga to bardzo sprawnego koordynacji zespołów zajmujących się transplantacją różnych narządów oraz pokonania barier logistycznych związanych z wielonarządowym pobraniem. Kwalifikujemy już do przeszczepienia także bardziej obciążonych dawców, tzw. dawców o rozszerzonych kryteriach. Są to często osoby starsze i nie wszystkie narządy można od nich pobrać, ale np. mają wydolne nerki, czy wątrobę, które mieszczą się w ramach akceptacji i po przeszczepieniu mogą uratować niejedno życie. Szansą na polepszenie sytuacji w transplantologii może być także wprowadzenie programu pobierania narządów od dawców po zatrzymaniu krążenia, np. w Hiszpanii taki program funkcjonuje od lat i przyczynia się do zwiększenia liczby transplantacji, głównie nerek. Wymaga on jednak bardzo dużej sprawności organizacyjnej i nakładów finansowych.

Czym różni się pobieranie narządów od dawców po zatrzymaniu krążenia od praktykowanego obecnie?

Dawca narządów zazwyczaj kwalifikowany jest po orzeczeniu nieodwracalnego

”

Transplantologia zawsze była specjalnością interdyscyplinarną.

ustania funkcji mózgu (DBD), podczas gdy jego serce nadal pracuje. W przypadku pobierania narządów od dawców zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia, dawca jest kwalifikowany na podstawie trwałego zaprzestania przepływu krwi do mózgu (DCD). Nie może on zostać dawcą serca, ale może być dawcą nerek i czasami innych narządów (10 proc. to dawcy wielonarządowi). Istnieje oczywiście większe ryzyko, że nerka – bo to jest najczęściej pobierany od nich narząd – nie podejmie funkcji w pierwszych dniach po transplantacji i chory będzie musiał być dializowany, ale po okresie zdrowienia z ostrej niewydolności jej funkcja może zadowalać. W tej metodzie liczy się czas – aby taki program wprowadzić, trzeba przygotować zespoły ludzi i sprzęt do pobierania narządów w tak ekstremalnych warunkach. Jednak to poszerza spektrum możliwości ich pozyskiwania, np. od pacjentów, którzy zmarli wskutek zawału serca. Obecnie w transplantologii obowiązuje zasada mówiąca o wykorzystaniu każdej tkanki przydatnej do przeszczepienia.

W wielu krajach propaguje się pozyskiwanie narządów od dawców żywych.

W przypadku transplantacji nerek od dawcy żywego bardzo ważna jest informacja dla rodzin i bliskich o takiej możliwości. Poltransplant powołał koordynatorów zajmujących się dawstwem żywym oraz edukacją i propagowaniem tej metody. W Polsce jest kilka ośrodków, gdzie dokonuje się kwalifikacji i transplantacji od dawców żywych. Najprężniej działa zespół w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie. Aktywność tego ośrodka, jak również kilku innych, przyczyniła się do wzrostu liczby transplantacji od dawców żywych. W roku 2022 przeprowadzono ich 73, a rok wcześniej – 44. Daleko nam jednak do takich krajów jak Norwegia czy Szwecja, gdzie jest ich około 12 na 1 mln mieszkańców. Jednak rośnie świadomość

społeczna na ten temat i pojawia się coraz więcej bliskich chorych z niewydolnością nerek pragnących im pomóc. Nie zawsze jednak można przeprowadzić transplantację w obrębie danej pary, dlatego istnieje, również w Polsce, program wymiany par oraz możliwość tzw. transplantacji łańcuchowej, w której może uczestniczyć wielu kolejnych dawców i biorców. W niektórych krajach, np. w Stanach Zjednoczonych, prawo zezwala na transplantacje od dawców altruistycznych, chcących po prostu oddać nerkę komuś potrzebującemu. W Polsce prawo tego nie uwzględnia.

Zagrożeniem dla transplantologii są zakażenia od dawcy różnego rodzaju drobnoustrojami i przeniesienie nowotworu.

W przypadku dawcy żywego mamy czas, aby go gruntownie przebadać i zakwalifikować z minimalnym ryzykiem dla biorcy. W przypadku dawcy zmarłego tego czasu nie mamy i chociaż działamy zgodnie z procedurami, które w maksymalnie możliwy sposób zmniejszają ryzyko przeniesienia zakażenia czy nowotworu z dawcy na biorcę, to jednak takich gwarancji nie ma. Prowadzone są badania oceniające ryzyko przeniesienia określonych infekcji oraz badania obrazowe. Zbierany jest też dokładny wywiad od bliskich potencjalnego dawcy oraz przeprowadza się badanie fizykalne, a w czasie pobrania dokładnie ogląda narządy. Badany jest też materiał z podejrzanych zmian i nie przeprowadza się transplantacji, gdy wynik wskazuje na ryzyko przeniesienia nowotworu. Jednak niektóre wyniki badań, w tym histologicznych, mogą być dostępne po wykonaniu sekcji i opracowaniu materiału, co zajmuje czasami kilka tygodni. Obowiązuje nas przestrzeganie wytycznych europejskich i PTT w tym zakresie.

A jak z perspektywy czasu zmienia się immunologia transplantacyjna?

Jeśli chodzi o leki immunosupresyjne, nie odnotowano spektakularnych zmian, jednak diagnostyka immunologiczna poczyniła ogromny postęp. Immunologia transplantacyjna jest dziś w stanie bardzo precyzyjnie określić, przeciw jakim antygenom występują przeciwciała w organizmie biorcy i jakie jest nasilenie tej immunizacji, co umożliwia precyzyjny dobór immunologiczny pomiędzy dawcą i biorcą, a to zmniejsza ryzyko odrzucenia przeszczepu. Dzięki temu można również monitorować biorcę po transplantacji i reagować w przypadku pojawienia się

przeciwciał przeciw antygenom dawcy, a dla chorych zimmunizowanych, którym nie można było przez wiele lat znaleźć dawcy, stworzono w Polsce program oczulania, dzięki czemu wielu takich chorych ma możliwość transplantacji.

Transplantologia angażuje w proces pobierania i przeszczepiania narządów wiele osób. Na czym polega jej interdyscyplinarny charakter?

Transplantologia zawsze była specjalnością interdyscyplinarną, ale obecnie, w dobie dynamicznego rozwoju, zaangażowanie tak wielu zespołów w proces przeszczepiania narządów ma jeszcze większe znaczenie. Mówiąc o transplantologii, zwykle skupiamy się na dawcach, których jest za mało, i jak trudno ich pozyskać, oraz na tym, aby pobrane od nich narządy i tkanki były w maksymalnym stopniu wykorzystane. Jednak mamy pod opieką bardzo długą listę potencjalnych biorców różnych narządów, którzy muszą przejść cykl badań, zanim znajdą się na liście oczekujących. Biorcy nerek wymagają włączenia się w ten proces lekarzy stacji dializ, poradni nefrologicznych i oddziałów szpitalnych. Niełatwo przez niego ich przeprowadzić, dlatego staramy się zgłaszać chorych do transplantacji nerki jeszcze w okresie, gdy nie są dializowani (tzw. transplantacje wyprzedzające), co daje najlepsze wyniki leczenia. Zespoły kwalifikujące do transplantacji serca, płuca czy wątroby działają z kolei pod presją czasu, ponieważ nie ma możliwości, jak w przypadku nerek, na leczenie podtrzymujące w momencie niewydolności któregoś z tych narządów. Ta interdyscyplinarność jest dostrzegana na każdym kroku. W akcji, która kończy się przeszczepieniem narządu, uczestniczą koordynatorzy, lekarze i pielęgniarki różnych specjalności, immunolodzy, personel pomocniczy, kierowcy, piloci, gońcy i inni. To jest cały sprawnie działający system, którego tryby muszą do siebie idealnie pasować. Biorca po zabiegu wymaga leczenia przez wyspecjalizowane zespoły, w zależności od tego, jaki narząd jest przeszczepiony. Po kilku dniach, czasem tygodniach, pacjent po przejściu edukacji przekazywany jest pod opiekę ambulatoryjną. Dobra, długoterminowa opieka, prowadzona przez transplantologów w przychodniach i oddziałach transplantacyjnych, sprawia, że pacjenci żyją długo z przeszczepionym narządem. Mają refundowane leki i zapewnione kontrole, dzięki czemu w Polsce na koniec 2019 r. żyło z funkcjonującym przeszczepem narządu około 17 tys. osób. ■■■



Szczęśliwi pacjenci po operacji

Niedawno temu w Afryce

Syn idzie przodem, trzymając długą, drewnianą laskę. Na jej drugim końcu sunie powoli przygięty ciężarem lat ojciec. Tak Tanzańczycy prowadzą swoich vipofu [ślepych]. Mijamy buzujący życiem pokój badań, gdzie nasz zespół w medycznej bieli fruwa wśród bajecznie kolorowo ubranych pacjentów. Turbany, muzułmańskie nakrycia głowy, suknie z wizerunkami świętych, masajskie chusty – a pomiędzy nimi stoi nowoczesny sprzęt okulistyczny, przywieziony zza oceanu na ten kraniec świata, gdzieś pod równikiem.

Hanna Zając Klinika Okulistyki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Fundacja „Okuliści dla Afryki” z ekscytacją oczekiwała na przygotowywany w pocie czoła projekt w Tanzanii, możliwy dzięki dotacji Polskiej Pomocy Rozwojowej – programu Ministerstwa Spraw Zagranicznych. W wiosce Kiabakari wolontariuszy gościł na terenie misji chrześcijańskiej ks. Wojciech Kościelniak.

Misja zaczęła się od przybycia w październiku 2022 r. lekarzy rezydentów okulistyki – Hanny Zając, Michaliny Gałuszki, Michała Bogocz i Aleksandry Bukowskiej. Prowadzili poradnię w Klinice Okulistyczno-Dentystycznej „Tazama na Tabasamu”, z założenia robiąc badania przesiewowe osób powyżej 40. r. ż. i dzieci, a w praktyce lecząc każdego, kto poprosił o pomoc. Kwalifikowali również pacjentów do operacji usunięcia zaćmy, które miał przeprowadzić po ich wyjeździe drugi zespół. Dopełnieniem projektu były szkolenia okulistyczne nauczycieli i lokalnego personelu – pielęgniarek Emili, Mary i Lewiny oraz lekarza w trakcie szkolenia Williama.

Sporym wyzwaniem było uzupełnienie bloku operacyjnego o przetransportowany

wcześniej statkiem sprzęt. W ruch musiały iść narzędzia i duża doza kreatywności.

Przebadanych zostało łącznie ok. 1200 pacjentów dorosłych i 300 dzieci. Czerwony pył jeszcze długo nie spierze się z ubrań, a wiele historii zostanie w naszej pamięci na zawsze. Radość dziecka z dużą wadą wzroku, które dzięki okularom przyglądało się badawczo twarzy taty, widzianej w pewnym sensie po raz pierwszy. Ulga pacjenta umęczonego trwającą latami infekcją. Smutek, nasz i osób, które przyszły do nas za późno, z oczami zbyt zniszczonymi, by pomóc... I radosna satysfakcja pielęgniarek i Williama, którzy uczyli się samodzielnie rozwiązywać problemy.

Kiedy pierwszy zespół uporał się z dopięciem przygotowań na (przed)ostatni guzik i szykował się do powrotu, do Kiabakari dotarły nowe ręce do pracy. Na bloku niestrudzenie pracowali okuliści dr Iwona Filipecka i dr Marek Rzendkowski, instrumentariuszka Beata Kapias, pielęgniarka anestezjologiczna Agnieszka Heczko-Waluś oraz Katarzyna Gogacz,

wykonując w ciągu dwóch tygodni 130 operacji usunięcia zaćmy, i dając tym samym zoperowanym ludziom drugą szansę – na samodzielność, na pracę, na opiekę nad rodziną. Lekarze

kontynuowali kwalifikacje oraz szkolili personel w zakresie pracy na bloku, zaopatrywania urazów oczu i opieki pooperacyjnej. Ramie w ramie koordynator projektu Krzysztof Macha i optometrystka Agnieszka Lembowicz organizowali

pracę kliniki i opiekowali się pacjentami.

Ciężko było opuścić Kiabakari – zdążyliśmy zapuścić tam korzenie i żyć się zarówno z personelem jak i z pacjentami, którzy okazali nam ogromną wdzięczność za opiekę i ze wzruszeniem przyglądali się światu po operacjach. Tym bardziej cieszy to, że nasz trud nadal wydaje owoce – dzięki wdrożonym przez inż. Bartosza Filipeckiego rozwiązaniom telemedycyny i przeszkoleniu lokalnego personelu kontynuujemy wspólną opiekę nad pacjentami w tym zakątku Afryki, który skradł nasze serca.

**Przebadanych
zostało
łącznie około
1200 pacjentów
dorsłych
i 300 dzieci.**



Hanna Zając w trakcie pracy w poradni



Iwona Filipecka i Beata Kapias w trakcie operacji usunięcia zaćmy, razem z Mary i Williamem



Michał Bogocz uczy Emili, Mary i Williama korzystania z mikroskopu i narzędzi chirurgicznych

Przełom w leczeniu cukrzycy typu 2

Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą [EASD] oraz Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne [ADA] opublikowały we wrześniu minionego roku nowe wytyczne dotyczące leczenia cukrzycy typu 2. Całkowicie zmieniają one paradygmat leczenia tej choroby.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Przestaje obowiązywać nakaz rozpoczęcia terapii od stosowania metforminy, a zaleca się sięganie po bardziej nowoczesne leki, które obecnie są już w znacznym stopniu refundowane. Chodzi o analogi GLP-1 i inhibitory SGLT2. Leki te, oprócz obniżania i stabilizowania glikemii, wpływają korzystnie na układ sercowo-naczyniowy (chronią przed zawałem serca, udarem mózgu), hamują postęp przewlekłej choroby nerek, zmniejszają masę ciała i nie wywołują hipoglikemii.

ZMIENIA SIĘ PARADYGMAT

Prof. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM oraz członek zarządu głównego europejskiej części Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF Europe) zastrzega, że to nie oznacza wyeliminowania metforminy z leczenia cukrzycy typu 2, która jest dobrym i sprawdzonym lekiem, chodzi jednak o zmianę podejścia do jej stosowania i określania funkcji terapeutycznej. Ponieważ leki nowej generacji – analogi GLP-1 i inhibitory SGLT2 (flozyny) – nie wywołują hipoglikemii, a mają korzystne oddziaływanie na układ sercowo-naczyniowy i chronią nerki u chorych na cukrzycę zagrożonych zawałem serca, udarem mózgu i przewlekłą niewydolnością nerek, powinny być ordynowane jak najczęściej, optymalnie już jako leki pierwszego rzutu.

– Stosowanie tych leków daje spektakularne korzyści, ponieważ zmniejsza się ryzyko zgonów kardiologicznych, zostaje

zahamowany proces niewydolności wielonarządowej, a masa ciała pacjentów ulega redukcji, o co w cukrzycy przez cały czas prowadzonego leczenia toczy się walka – podkreśla prof. Leszek Czupryniak. Zaznacza też, że mechanizmy oddziaływania tych leków nie są do końca poznane, badania nad nimi trwają i trudno przewidzieć, co jeszcze dobrego przyniosą. Wiadomo jednak, że inhibitory SGLT2 to leki, które działają już na poziomie komórkowym i z uwagi na ich działanie hamujące nie tylko rozwój powikłań typowych w cukrzycy, coraz częściej sięgają po nie u pacjentów bez cukrzycy kardiologów w niewydolności serca, nefrologów w przewlekłej chorobie nerek, a ostatnio hepatologów w chorobie tłuszczowej wątroby. Ten kierunek badań się rozwija, co pozwala wprowadzać na rynek kolejne, obiecujące leki przeciw cukrzycowe nowej generacji.

CZTERY FILARY LECZENIA

Nowe wytyczne wprowadzają cztery filary leczenia cukrzycy typu 2. Są to: kontrola glikemii i masy ciała, monitorowanie ryzyka czynników sercowo-naczyniowych (takich jak ciśnienie tętnicze krwi, poziom cholesterolu), zaprzestanie palenia tytoniu, stosowanie leków obniżających poziom cukru we krwi zapewniających jednocześnie osłonę kardiologiczną i nefrologiczną, czyli serca i nerek. W ocenie zarówno diabetologów, kardiologów, nefrologów, ale też lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy są włączeni w leczenie cukrzycy oraz chorób jej towarzyszących, jest to zmiana radykalna.

Włączenie standardowo już na początku leczenia, zamiast metforminy, leków nowej generacji oznacza wręcz rewolucję. Kiedy w 2015 r. opublikowano wyniki badań dotyczące empagliflozyny, jednego z inhibitorów SGLT2, już wtedy okazało się, że u chorych na cukrzycę, którzy otrzymywali ten lek, o 38 proc. spadło ryzyko zgonu z przyczyn kardiologicznych. Także wprowadzenie analogów GLP-1 jako podstawowych preparatów stymulujących wydzielanie insuliny w odpowiedzi na spożyty posiłek wtedy, gdy jest to potrzebne, czyli gdy jest zbyt wysokie stężenie cukru, zrewolucjonizowało sposób postępowania w tej chorobie. Z kolei inhibitory SGLT2 mają szerokie spektrum oddziaływania, mimo że ich mechanizm działania jest prosty – chodzi w nim o zablokowanie białka w nerkach, które zrotnie wchłania glukozę, by zmusić organizm do jej wydalania.

– Postępowanie terapeutyczne zgodne z nowymi wytycznymi wymaga od lekarzy zmiany strategii, a to wiąże się z szeroko zakrojoną edukacją. Przez lata leczenie cukrzycy typu 2 zaczynało się od metforminy, a kiedy poziomy cukrów znów był za wysoki, wprowadzano pochodne sulfonilomocznika, a później insulinę. Obecnie najpierw trzeba ocenić zagrożenia wynikające z chorób układu krążenia i nerek i na tej podstawie dopasować leczenie – tłumaczy prof. Leszek Czupryniak, dodając, że tego rodzaju myślenie nie koncentruje się już na tym, co się dzieje z cukrem we krwi, ale na zmniejszeniu ryzyka powikłań ze strony innych narządów i układów.

NAUKA W PIGUŁCE

Cząsteczka przywracająca funkcje wzrokowe

Urazy mózgu, rdzenia kręgowego i nerwu wzrokowego w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) są główną przyczyną niepełnosprawności i drugą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie.

Urazy OUN często skutkują katastrofalną utratą funkcji czuciowych, motorycznych i wzrokowych, co jest największym wyzwaniem dla klinicystów i naukowców. Neurobiolodzy z City University of Hong Kong (CityU) niedawno zidentyfikowali i zademonstrowali małą cząsteczkę, która może skutecznie stymulować regenerację nerwów i przywracać funkcje wzrokowe po uszkodzeniu nerwu wzrokowego. To wielka nadzieja dla pacjentów z uszkodzeniem nerwu wzrokowego, takim jak utrata wzroku związana z jaskrą.

- Obecnie nie ma dostępnego skutecznego leczenia urazowych uszkodzeń OUN, dlatego istnieje pilna potrzeba stworzenia leku wspomagającego naprawę OUN i przywrócenia pełnej funkcji wzroku u pacjentów - powiedział dr Eddie Ma Chi-him, zastępca kierownika i profesor nadzwyczajny na Wydziale Neuronauki oraz dyrektor Jednostki Badań nad Zwierzętami

Laboratoryjnymi w CityU, który kierował badaniami.

Zespół badawczy kierowany przez dra Ma zidentyfikował terapeutyczną małą cząsteczkę M1, która może zwiększać fuzję i ruchliwość mitochondriów, powodując długotrwałą regenerację aksonów na duże odległości. Okazało się, że zregenerowane aksony wywoływały aktywność nerwową w docelowych obszarach mózgu i przywracały funkcje wzrokowe w ciągu czterech do sześciu tygodni po uszkodzeniu nerwu wzrokowego u myszy leczonych M1.

Aby zbadać, czy M1 może promować regenerację aksonów na duże odległości po urazach OUN, zespół badawczy ocenił stopień regeneracji aksonów u myszy leczonych M1 cztery tygodnie po urazie. Co uderzające, większość regenerujących się aksonów myszy traktowanych M1 osiągnęła 4 mm dystalnie od miejsca zmiążdżenia (tj. blisko skrzyżowania nerwów wzrokowych). U myszy leczonych M1 przeżywalność komórek zwojowych siatkówki (RGC, neuronów przekazujących bodźce wzrokowe z oka do mózgu)

znacznie wzrosła z 19 proc. do 33 proc. cztery tygodnie po uszkodzeniu nerwu wzrokowego.

- To wskazuje, że leczenie M1 podtrzymuje regenerację aksonów na duże odległości od skrzyżowania nerwów wzrokowych, tj. w połowie drogi między oczami a docelowym obszarem mózgu, do wielu podkorowych celów wzrokowych w mózgu. Zregenerowane aksony wywołują aktywność neuronów w docelowych obszarach mózgu i przywracają funkcje wzrokowe po leczeniu M1 - poinformował dr Ma. Zespół opracowuje również model zwierzęcy do leczenia utraty wzroku związanego z jaskrą za pomocą M1 i prawdopodobnie innych powszechnych chorób oczu i upośledzenia wzroku, takich jak retinopatia cukrzycowa, zwyrodnienie plamki żółtej i traumatyczna neuropatia nerwu wzrokowego.

Odkrycia zostały opublikowane w międzynarodowym czasopiśmie naukowym „Proceedings of the National Academy of Sciences” pod tytułem „Mała cząsteczka M1 promuje regenerację nerwu wzrokowego w celu przywrócenia specyficznej dla celu aktywności nerwowej i funkcji wzrokowej”.

Źródło: cityu.edu.hk

Nadzieja w leczeniu rzadkich chorób metabolicznych

Po raz pierwszy naukowcom ze wszystkich odpowiednich ośrodków zajmujących się leukodystrofią w Europie i Stanach Zjednoczonych wspólnie udało się uzyskać dane z kontrolowanych badań dotyczących adrenoleukodystrofii sprzężonej z chromosomem X (X-ALD). Jest to najczęstsza choroba z grupy około 50 rzadkich chorób istoty białej mózgu, tzw. leukodystrofii. Uszkodzenie genetyczne w X-ALD związane jest z defektem chromosomu X. Dotknięci nią mężczyźni cierpią na postępujący paraliż nóg, pogorszenie równowagi i zaburzenia czucia, rozwija się nietrzymanie moczu i dysfunkcje seksualne. Pomimo dziedziczenia za pośrednictwem chromosomu X, nosicielki genów żeńskich również mogą zapadać na tę chorobę. Około 30 proc. chłopców i 60 proc. dorosłych mężczyzn dotyka zapalenie mózgu, które kończy się śmiercią w ciągu dwóch

do trzech lat. Na całym świecie na adrenoleukodystrofię cierpi ok. 1 osoba na 20 000 urodzeń.

W badaniu wzięło udział 116 pacjentów, 39 otrzymało placebo, a 77 nowy lek (selektywny agonista PPAR gamma). Lek wykazał już w badaniach przedklinicznych, że może zapobiegać neurodegeneracji i zapewniać ochronę przed zagrażającym życiu zapaleniem mózgu. - Nasze badanie kliniczne wykazało również, że u żadnego z pacjentów, którzy przyjmowali lek, nie wystąpiło zapalenie mózgu. Natomiast wśród uczestników, którym podano placebo, u 15 proc. rozwinęła się ta zagrażająca życiu postać choroby w ciągu dwóch lat - mówi kierownik badania i pierwszy autor, dr Wolfgang Köhler.

Celem badania było wykazanie, że lek zapobiegnie pogorszeniu się zaburzeń chodu u pacjentów z X-ALD w ciągu dwóch

lat. - Im bardziej zaawansowane zaburzenie chodu, tym mniej widoczny efekt. Ogólnie rzecz biorąc, nie było znaczącej różnicy, więc rzeczywisty cel badania nie został osiągnięty - wyjaśnia dr Köhler. Niemniej jednak wiele punktów wskazywało na kliniczny efekt nowego leku: oprócz wskazania, że można zapobiegać zapaleniu mózgu, inne efekty obejmowały poprawę warunków neurologicznych, takich jak zaburzenia równowagi, co miało pozytywny wpływ na jakość życia.

Jeszcze w tym roku w Szpitalu Uniwersyteckim w Lipsku ma powstać centrum chorób mielinowych, do których zalicza się leukodystrofię i stwardnienie rozsiane. Będzie pierwszym tego rodzaju ośrodkiem w Niemczech.

Wyniki opublikowano w czasopiśmie „The Lancet Neurology”.

Źródło: thelancet.com

DOSKONALENIE ZAWODOWE

RÓŻNE OBLICZA depresji

Z dr. hab. *Śławomirem Murawcem*, psychiatrą
z Centrum Medycznego „Harmonia” w Warszawie,
rozmawia Lucyna Krysiak.



Depresja stała się dziś niemal tak powszechna jak zawał czy cukrzyca. Skąd ten wzrost zachorowań?

Wzrost częstości występowania depresji zapewne odzwierciedla warunki, w jakich żyjemy. Jeszcze przed pandemią COVID-19 psychiatrzy alarmowali, jak poważnym stała się problemem, a później okazało się, że może być jeszcze gorzej. Pojawiły się tak znaczące czynniki środowiskowe jak COVID-19, wybuch wojny w Ukrainie, pogłębienie się kryzysu ekologicznego, narastanie kryzysu ekonomicznego i związana z nim inflacja. W efekcie liczba osób zagrożonych depresją wciąż wzrasta. Dotyczy to zarówno dorosłych, którzy często musieli zmienić system pracy na on-line, a wielu straciło dochody,

pozycję zawodową, swoich bliskich, ale też dzieci i młodzieży, u których zostało zaburzone poczucie bezpieczeństwa.

Jaka jest świadomość tej choroby w społeczeństwie i wśród lekarzy oraz dostępność do psychiatrów, do których powinni trafić chorzy?

Dzięki kampaniom społecznym i mediom świadomość zagrożeń związanych z depresją poprawiła się. Jednak dostępność do psychiatrów w sektorze publicznej opieki, poza ośrodkami, gdzie jest prowadzony program pilotażowy (centra zdrowia psychicznego), pozostawia wiele do życzenia. Uprawnienia do leczenia depresji mają jednak nie tylko psychiatry, ale też lekarze innych specjalności, np. POZ, kardiolog, diabetolog, onkolog, gastrolog, reumatolog. Zaburzenie to często współwystępuje z chorobami somatycznymi, np. sercowo-naczyniowymi, cukrzycą, nowotworami, chorobami reumatycznymi i ma zapewne wspólne korzenie np. w postaci procesów, które prowadzą do przewlekłego stanu zapalnego. Samo hasło „depresja” jest dziś dobrze rozpoznawalne, gorzej z konkretnymi, a więc postawieniem prawidłowej diagnozy i wdrożeniem odpowiedniego postępowania. Trzeba jasno powiedzieć, że zarówno lekarze POZ, jak i inni specjaliści, którzy z powodzeniem mogliby leczyć depresję i odciążać psychiatrę, zbyt rzadko korzystają z tej możliwości.

Może nie mają wystarczającej wiedzy, jak to robić?

I tu jest ten punkt odcięcia, ponieważ depresja ma bardzo różne oblicza, które psychiatry dobrze rozpoznają, ale już lekarze innych specjalności nie mają takiej wiedzy

i powinni się szkolić w tym kierunku. Oferta samorządu lekarskiego w ramach działalności Ośrodka Kształcenia NIL, funkcjonującego w strukturze Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL, wpisuje się w to wyzwanie, a ja będę prowadził szkolenia w tym zakresie. Chodzi o to, aby lekarze niebędący psychiatrami zdobyli umiejętności dotyczące rozpoznawania różnorodności ujawniania się depresji i mogli wykorzystać je w praktyce. W tych informacjach zawiera się wiele aspektów związanych ze stawianiem diagnozy i włączaniem leczenia. Depresja może być maskowana lub nawet ukrywana przez pacjenta. Pod maską radzenia sobie z przewlekłą chorobą somatyczną często kryje się smutek, przygnębienie i cierpienie oznaczające depresję. Może też manifestować się wybuchami złości (szczególnie u mężczyzn), hipochondrią, objawami somatycznymi, ale też np. ucieczką w pracoholizm lub sięganiem po alkohol czy ryzykowne prowadzenie samochodu. Może być „przykrywana” przymusem bycia ciągle zajęтым i aktywnym. Są to czynniki utrudniające rozpoznanie. Mamy blisko 600 różnych unikalnych kombinacji objawów depresji i warto mieć świadomość różnorodności jej manifestacji.

Czy chodzi tylko o konieczność poszerzania wiedzy na ten temat, czy także o uważność?

Ta uważność jest bardzo istotna. Szkolących się lekarzy uczymy, aby zwracali uwagę na pytania zadawane pacjentom w sytuacji podejrzenia depresji. Czasami chodzi o to, aby nie poprzestać na pierwszym pytaniu i takiej odpowiedzi, która zdaje się wykluczać to zaburzenie. Ważne jest to, jak zadawać takie pytania, zakomunikować diagnozę i jak przedstawiać propozycję leczenia. Pamiętając, że depresja bywa chorobą śmiertelną, co jest szczególnie dramatyczne wśród osób młodych, należy drażyć temat i pamiętać, że takie osoby często cierpią z powodu problemów współistniejących z depresją, np. ADHD, zaburzeń ze spektrum autyzmu czy odżywiania. Szkolenia będą prowadzone w trzech blokach tematycznych - depresja, lęk, hipochondria, ale łączą się one w jedną całość. Rozpoczną się w lutym i zbiegną się z obchodami Ogólnopolskiego Dnia Walki z Depresją, ale o tej chorobie należy pamiętać przez cały rok. Ocenia się, że 30-35 proc. pacjentów z chorobami przewlekłymi równolegle cierpi na depresję, więc jest o czym mówić, nie tylko od święta. Tym bardziej, że pojawiają się coraz nowsze, bardziej skuteczne i lepiej tolerowane metody jej leczenia.

RUSZYŁY ZAPISY NA SZKOLENIA



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej przygotował nową ofertę szkoleń na sesję zimowo-wiosenną 2023 r.



Ośrodek
Kształcenia
COBIK NIL

Tematy dotyczą m.in. zagadnień: prawnych, zarządzania, kompetencji miękkich oraz związanych z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z obszaru poszczególnych specjalizacji.

Szkolenia organizowane przez Ośrodek Kształcenia NIL są bezpłatne i skierowane do wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach opłacanych składek członkowskich do izb lekarskich.

Wszystkie nasze wydarzenia edukacyjne są akredytowane, uczestnicy otrzymują certyfikaty potwierdzające udział w szkoleniu wraz z przyznanymi punktami edukacyjnymi.

W lutym proponujemy następującą tematykę szkoleń:

- Farmakoterapia geriatryczna w świetle kryteriów poprawności preskrypcji według kryteriów międzynarodowych Beers'a i STOPP/START
- Jak wyleczyć nienawiść – hejt w Internecie w stosunku do lekarzy – aspekty psychologiczne
- Wprowadzenie do zarządzania finansami w ochronie zdrowia
- Kalkulacja kosztów procedur medycznych
- Budżetowanie przychodów i kosztów w ochronie zdrowia
- Trening umiejętności menedżerskich. Zorientowanie na efektywność
- EDM i Zdarzenia Medyczne; SOID – System Obsługi Importu Docelowego; SeR – System e-Rejestracji centralnej
- Bądź self-centric, żeby być patient-centric. Jak dbanie o siebie wpływa na bycie profesjonalistą, jakim chcesz być?
- Jak mogę się bronić przed nieuzasadnionymi żądaniem odszkodowawczymi pacjentów
- Co powinien wiedzieć lekarz o interwencji kryzysowej?
- Wprowadzenie do tomografii stożkowej dla stomatologów
- Profilaktyka zakażeń i chorób zakaźnych – szczepienia i antybiotyki. Część 2 – zakażenia układu moczowego
- Rana – diabeł tkwi w szczegółach
- Wszystkie oblicza depresji – rozpoznawanie zaburzeń depresyjnych o typowym i nietypowym obrazie klinicznym
- Diagnoza i leczenie zaburzeń związanych ze stresem pourazowym
- Jak ustrzec się porażek w pracy – umiejętność uczenia się na błędach jako recepta na zwiększenie efektywności
- Optymalizacja farmakoterapii geriatrycznej na przykładzie przypadków z praktyki lekarskiej – warsztaty
- Zarządzanie zespołem medycznym

Szkolenia zaplanowane na marzec i kwiecień 2023 r. znajdują się na naszej stronie internetowej.

Zapisy na szkolenia:

www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia

Zapraszamy!



szkolenie@nil.org.pl



(22) 559 13 10



POD PATRONATEM NRL



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

1-4 CZERWCA 2023 R.

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

Organizatorzy planują szeroką ofertę tematyczną, która da szansę prześledzić najnowszą wiedzę medyczną. Jedną z sesji zaplanowaną została specjalnie dla młodych lekarzy i studentów medycyny, a dyskusja toczyć się będzie wokół tematu, jak skutecznie rozwijać swoją karierę: Polska vs Europa i USA. Szczegóły na bieżąco są publikowane na stronie kongresu.

Zapraszamy do Olsztyna.

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

SESJA DLA MŁODYCH LEKARZY

KRZYSZTOF SŁABIK

Kongres Polonii Medycznej, planowany na 1-4 czerwca 2023 r., to wydarzenie unikalne i jedyne w skali Polski. Kongres łączy naszych rodaków, których kariera naukowa i zawodowa związana jest z najlepszymi ośrodkami referencyjnymi zlokalizowanymi na całym świecie, w tym ośrodkami na terenie Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. W tym roku po raz pierwszy wspólnie z Fundacją Wygrajmy Zdrowie oraz Warsaw New Tech University pod patronatem Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej wyszliśmy z propozycją do komitetu naukowego o zorganizowanie sesji poświęconej młodym lekarzom i naukowcom w dziedzinie nauk medycznych.

Pomysł sesji dedykowanej ludziom młodym będzie niebagatelną okazją do nawiązania relacji naukowych między naszymi rodakami lekarzami pracującymi na co dzień w ośrodkach klinicznych zlokalizowanych w różnych częściach świata. Zapraszamy już dzisiaj wszystkich ludzi młodych do śledzenia aktualności na stronie kongresu oraz włączenie się w aktywny udział w sesjach, podczas których będzie okazją do wymiany doświadczeń, zaprezentowania swoich zainteresowań naukowych czy wysłuchania debaty o roli i znaczeniu wymiany międzynarodowej dla medycyny XXI w. Będzie Was miło przywitać na Kongresie Polonii Medycznej w czerwcu br.

IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich
XI Kongres Polonii Medycznej

1-4 czerwca 2023



Olsztyn

ORGANIZATORZY



POLONIA MEDYCZNA NA ŚWIECIE

Naczelna Izba Lekarska przez lata, organizując spotkania Polonii medycznej, współpracowała z federacją, która zrzesza stowarzyszenia medyczne z dziewięciu krajów świata. Nie oddaje ona jednak w pełni obrazu polskich lekarzy praktykujących za granicą – wielu z nich zwyczajnie nie należy do żadnej struktury. Ponadto są też i inne prężnie działające organizacje polonijne. W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” pokazaliśmy historię Stowarzyszenia Absolwentów UMB w USA. Teraz prezentujemy kolejną.

PAHA, CZYLI POLISH AMERICAN HEALTH ASSOCIATION

ANNA GWIZECKA-KORZAN, M.D. FACP, PREZES POLISH AMERICAN HEALTH ASSOCIATION

Po II wojnie światowej Polska znalazła się za Żelazną Kurtyną. Wśród emigrantów było wielu lekarzy, naukowców i innych przedstawicieli środowiska medycznego. Osiedlili się m.in. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Powojenne władze Polski ograniczały, a wręcz uniemożliwiały kontakty emigracyjnego środowiska medycznego z krajem. Na wyjazdy przedstawicieli krajowych lekarzy czy naukowców poza granicę Polski zezwalały rzadko.

Pomimo wielu trudności przedstawiciele polskiego środowiska medycznego stopniowo adaptowali się do życia w Stanach

Zjednoczonych. Waszyngton, a wraz z nim położone na przedmieściach w Bethesda (Maryland) Narodowe Instytuty Zdrowia jako Centrum Naukowe USA z Narodowym Instytutem Raka (National Cancer Institute), Georgetown University, Johns Hopkins University – to ośrodki, w których od dawna pracowało i pracuje wielu naukowców i lekarzy polskiego pochodzenia. W Georgetown University organizowane były tradycyjne polskie bale. Należy również pamiętać, że w Waszyngtonie przebywały też inne zasłużone osoby w historii Polski, znane także na Zachodzie, postaci takie jak Jan Nowak Jeziorański, Jan Karski, Stefan Korboński, Jan Kulski, Stanisław Mikołajczyk czy Zbigniew Brzeziński.

ZACZĘŁO SIĘ W WASZYNGTONIE

W emigracyjnym życiu Polonii niezwykle ważną rolę odgrywały i cały czas odgrywają polskie kluby i organizacje, w tym PAHA – Polish American Health Association, skupiająca środowisko medyczne. Początki PAHA to 27 października 1990 r. W tym dniu 30 lekarzy i naukowców mieszkających w okolicy Waszyngtonu – Metropolitan Washington DC spotkało się w Ambasadzie RP, aby wysłuchać prezentacji dwóch polskich naukowców wizytujących NIH i trzech

lekarzy przybyłych z Polski. Spotkanie zorganizował Łukasz Kulczycki – profesor pediatrii, światowej sławy specjalista od mukowiscydozy, pracujący w Georgetown University.

Dwa miesiące później doszło do formalnego zawiązania się organizacji Polish American Health Association. Pierwszą siedzibą PAHA był Georgetown University Immunology Center, Room 316 3800 Reservoir Rd Washington DC 20007.

KONSTYTUOWANIE SIĘ WŁĄDZ

Prof. Łukasz Kulczycki został wybrany na pierwszego prezesa PAHA, a członkami zarządu zostali Danuta Krotoski, Robert Kubiczek, Chris Michejda, Kris Murawski, Waldemar Nikliński, George Władyka oraz Janina Ziemnowicz. Kolejnymi byli: George Władyka, M.D. (1992-1993), Kris

Murawski, M.D. (1993-1996), Maria Michejda M.D. (1996-1999), Stanisław Toczek, M.D. (1999-2000), Dorota Majewska, Ph.D. (2000-2001), Edwarda Buda-Okręglak, M.D. (2001-2010), Paweł Murański, M.D. (2010-2011), Anna B. Korzan, M.D. (2011-2017). Maria Michejda, M.D., D.Sc. (2017-2021).

DZIAŁALNOŚĆ

Nowa organizacja skupiała nie tylko lekarzy, ale również reprezentantów szerszej pojętego środowiska medycznego. Na pierwszych zebraniach dyskutowano nad tematami nawiązującymi do nowych wydarzeń w Polsce i zmian w dziedzinie medycyny oraz nauk medycznych.

Spotkania PAHA odbywały się w Ambasadzie RP, Konsulacie, Georgetown University, a także czasami w prywatnych mieszkaniach. Pierwszy wykład organizowany przez PAHA wygłosił dr Ryszard Pluta, neurochirurg z Narodowych Instytutów Zdrowia. Kolejne na przestrzeni lat wygłaszali m.in.: dr Irmina Pizlo, dr Janusz Beer, prof. Stanisław Wajde, dr Edmund D. Pellegrino, prof. Mieczysław Choraży i dr Aleksander Skotnicki.

Od początku istnienia PAHA prowadziła też działalność charytatywną. W 1992 r. przekazano pomoc dla Polskiego Towarzystwa Hemofilii, Brata Alberta, Klubu Inteligencji Katolickiej. PAHA współpracuje

również z Polską Akademią Umiejętności i organizacją „Lekarze Nadziei” prof. Zbigniewa Chłapa.

Działalność organizacji to też wspieranie młodych naukowców związanych z Polską. W lipcu 2013 r. Dr. Kyoichi A. Watanabe wraz z PAHA utworzył program „Dr. Krystyna Lesiak Grant Program”. Dzięki donacji dra Watanabe powstał program grantów dla młodych naukowców polskiego pochodzenia. Jak dotąd już skorzystało z nich kilkunastu naukowców. Program stypendialny jest również otwarty dla innych kandydatów na stypendystów (pahausa.org).

PAHA cały czas kontynuuje idee jej założyciela prof. Łukasza Kulczyckiego. Wprawdzie w ostatnich dwóch latach z powodu pandemii COVID-19 działalność uległa niewielkiemu ograniczeniu, jednakże w nowym 2023 r. PAHA wkracza z kolejnymi planami i nowymi pomysłami na rozszerzenie dotychczasowej działalności.

OBSERWACJE

Prezes Kaczyński, podczas grudniowego spotkania z mieszkańcami Nowej Soli, wypomnił nam wysokie zarobki. „Są lekarze, którzy zarabiają całkiem przeciętnie, ale jest i tak, że niektórzy zarabiają bardzo, bardzo dużo” – zauważył i dodał: „Nie miałbym z tego powodu pretensji, gdyby służba zdrowia działała tak, jak powinna działać”.

Na nasze nieszczęście nie działa. Padły dowody. Dostało się pracującym na SOR-ach, gdzie „ludzie z ciężką chorobą i 40-stopniową gorączką siedzą po dwadzieścia parę godzin i czekają”. Tak jak np. ktoś, kogo prezes znał, „kto takie rzeczy przeżywał w ostatnim roku życia” i „nie umierał, dusząc się w męczarniach, a pod respiratorem, tylko dlatego, że jego małżonka miała różnego rodzaju możliwości”. Dowiedzieliśmy się, że był to człowiek 72-letni, który wprowadził „był chory”, ale „mógłby na pewno żyć dłużej”.

Zdaniem Jarosława Kaczyńskiego takich przypadków jest „bardzo, bardzo dużo”. Padł kolejny dowód z kręgu znajomych prezesa. To 69-letnia matka dyrektora szpitala, która umarła „bardzo, bardzo przedwcześnie”

w wyniku „złe przeprowadzonych badań”, które łączyły się z „niewielkim bardzo niebezpieczeństwem”. W tym przypadku, jak dowiedział się prezes, wystarczyło mieć pewną rękę. Tymczasem ręce drżały z przemęczenia, „po prostu dlatego, że (lekarze) mają po kilka etatów”. A wszystko przez



Sławomir Badurek

Diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

WIDZIMISIĘ I POLITYKA

to, że w środowisku lekarskim „pogoń za pieniądzem jest przesadna” i, jak przyznał prezes, „będzie trzeba coś z tym zrobić”.

Wypowiedź prezesa PiS wywołała w środowisku lekarskim oburzenie. Nie można się temu dziwić, bo wielu lekarzy zabolęło bijące ze słów Jarosława Kaczyńskiego fałsz i manipulacja. Nie znam oczywiście szczegółów

wszystkich przykładów, na które powoływał się prezes. Ale czy zna je sam J. Kaczyński? Czy wie np., dlaczego wielu pacjentów spędza długie godziny na SOR-ze? Czy wie, że robi się tam badania, przeprowadza konsultacje, a także prowadzi leczenie?

Czy wie, że SOR

to jeden ze szpitalnych oddziałów, gdzie pacjentów się hospitalizuje? Czy wie, że pacjent czasem musi na SOR-ze czekać, aż na docelowym oddziale zwolni się łóżko? Znajomość odpowiedzi na te pytania to podstawowa wiedza, jeśli chce się formułować opinie oparte na faktach, a nie

domysłach i plotkach. Fatalne jest to, że najbardziej wpływowy polityk w państwie czerpie wiedzę na temat funkcjonowania jednego z najważniejszych sektorów w gospodarce na widzimisię, zbudowanym na rozmowach z „krewnymi i znajomymi” i nie widzi potrzeby, by zasięgnąć opinii tych, którzy rzeczywiście się znają i wiedzą

dłaczego – tu z Jarosławem Kaczyńskim się zgadzam – „służba zdrowia nie działa tak, jak powinna działać”. Zaraz mi się przypominają pacjenci, których – mimo bezdyskusyjnych wskazań – nie udało mi się namówić na insulinoterapię, bo „wujkowi

niedługo po tym, jak zaczął brać insulinę, obcięli nogę” a „ciocia zmarła kilka miesięcy później”.

I jak tu się dziwić, że podwładnym pana prezesa nie udało się istotnie usprawnić systemu ochrony zdrowia? Po ponad siedmiu latach bycia u władzy prezes partii rządzącej chwali się, ile to pieniędzy zjednoczona prawica wpompowała w system i jednocześnie nie potrafi wyjaśnić, dlaczego to wszystko nadal nie działa tak, jak trzeba, w inny sposób niż tylko wskazując na pазernych lekarzy. Nie wiem, czy obłuda pojawia się tutaj w sposób zamierzony czy tylko niechcący, ale dobrze by było, by pan prezes zechciał pochylić się nad tym, jak choćby jego partyjni towarzysze uprawiają „pogoń za pieniądzem”. Mówiąc o nakładach, warto byłoby przeanalizować, ile z nich idzie np. na prąd i ogrzewanie szpitali, ile na wywóz śmieci, zakup leków i innego sprzętu. Warto by także uzmysłowić sobie, że dyskredytowanie lekarzy obniża zaufanie, jakim cieszą się oni wśród pacjentów. Oczywiście nie jest pod tym względem tak źle jak z zaufaniem do polityków, ale w przypadku lekarzy nie chodzi o słupki poparcia, ale o czyjeś zdrowie i życie. ■■■

”
**Wypowiedź prezesa
PiS wywołała
w środowisku
lekarskim
oburzenie.**

EPIKRYZA (125)

Patrzę z nostalgią na przywiezioną z podróży figurkę Don Kichota siedzącego okrakiem na grzbiecie książki. Historia wysnuta przez Cervantesa nieustannie odradza się, mimo ponad czterystu lat od premiery. Błędny Rycerz wciąż walczy z wiatrakami bezsensów i panoszącą się wokół „kulturą śmieciową”. Naiwny głos sumienia zadomowił się więc na scenie opery, musicalu i teatru, w filmie, malarstwie i rzecz jasna w literaturze. Najnowsza odsłona w interpretacji Salmana Rushdiego pojawiła się tuż przed pandemią. Dla jednych to pastisz. Dla innych moralitet.

„Co znika, gdy znika wszystko? Nie tylko wszystko, lecz także pamięć o wszystkim. Nie tylko wszystko już siebie nie pamięta, nie pamięta już, jak to było, kiedy wciąż było wszystkim, zanim stało się niczym, ale i nie ma nikogo, kto by pamiętał, tym samym wszystko nie przestaje istnieć, ale staje się czymś, czego nigdy nie było, a poza tym nie ma nikogo, kto mógłby o tym opowiedzieć, ani całą wielką historię wszystkiego, ani nawet ostatnią smutną historię o tym, jak wszystko stało się niczym, bo nie ma zapisujących ręki ani czytających oczu, toteż książka o tym, jak wszystko stało się niczym, nie może zostać napisana, podobnie jak nie możemy napisać o własnej śmierci, co jest naszą tragedią: jesteśmy historiami, których nikt nie pozna, nawet my sami, bo nas już nie ma”.



Jarosław Wanecki
Pediatra, felietonista

CZŁOWIEK Z LA MANCHY

Z La Manchy do Nowego Jorku droga daleka. Warto zatem zatrzymać się w dolinach przesileń, aby pomyśleć nad przyszłością bez przeszłości. Furda książki, gazety, kroniki, dyskusje, kompromisy i demokracje. Półki w loftach i pałacach zasypujemy PDF-ami, aplikacjami i kodami dostępu. Człowiek cyfrowy zastąpi analogowe rozwiązania. „Miliony rąk a serce bije

jedno”. Treść zastępuje news, towarzyski skandal, kreatywny sukces, hejt dla zabawy, krytyka ukryta za pseudonimem lub jak kto woli „nickiem”. Kultura szemranych układów w glorii przejrzystości tak doskonałej, że nic nie widać pod dywanem Faraonów.

Przechodzimy do następnego punktu porządku obrad. Wielki Remont.

Don Kichota z domowego biurka zapakowałem ostrożnie w folię bąbelkową i schowałem do pudełka. Przez kilka najbliższych miesięcy będzie musiał przetrwać w ciemności

piwnicy. Podąży tam z tysiącami podręczników, bardziej lub mniej ambitnych książek, albumów, tomików poezji, serii wydawniczych, programów teatralnych, płyt CD, DVD, gazet i czasopism medycznych. Dzięki temu każdy egzemplarz dotknie dwa razy i „ożywie” wspomnieniem lektur, egzaminów, koncertów i uroczystości rodzinnych, które bez zapachu zadrukowanego papieru byłyby cokolwiek mdłe. Pokicham się przy tym nie raz, nie dwa, niczym po zażyciu tabaki. Zakurzone starocie i reprinty po raz kolejny odsłonią przeszłość, bez

której nie byłoby nas.

„Szukam” to wyraz najlepiej pasujący do opisu człowieka z La Manchy, którego owładnęło pragnienie pomagania innym i obrony najsłabszych, w odnalezieniu drogi do ukochanej Dulcyniei. „Szukam” to także główna myśl lekarska od Hipokratesa począwszy. „Szukam...” pisała o słowach Wisława Szymborska (Patronka Roku 2023). „Każde najodważniejsze – tchórzliwe, każde najpogardliwsze – jeszcze święte. Każde najokrutniejsze – nazbyt litościwe, najbardziej nienawistne – za mało zawzięte”.

„Dlaczego postać przemysłowego szlachcica intryguje i niepokoi? – czytam w uniwersyteckim wstępie do debaty o wpływie Don Kichota na kulturę. – Czy chodzi tylko o komiczny wymiar postaci czy też o związane z ludzką kondycją problemy, które uosabia?”. Szukam. Między fikcją mass mediów i rzeczywistością odcinającą od korzeni. Nie w buncie starzy kontra młodzi, ale w szerokiej akcji zapominania wszystkiego przez wszystkich oraz tworzeniu epoki nowej moralności... i nowej donkiszoterii. Aż do kolejnego Remontu.

”
**Przechodzimy
do następnego
punktu porządku
obrad. Wielki
Remont.**

DLA DOBRA WSPÓLNEGO

RENÉ FAVALORO (1923-2000)

100 lat temu w Argentynie urodził się pionier chirurgii sercowo-naczyniowej, który jako pierwszy na świecie z sukcesem wykonał operację pomostowania tętnic wieńcowych z zastosowaniem żyły odpiszczelowej [by-passy, CABG].

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** kardiolog dziecięcy, członek Société Française d'Histoire de la Médecine

W latach 30. XX w. amerykański kardiochirurg Claude Beck (ten sam, który skonstruował kardiowerter-defibrylator) skupił się na problemie przywrócenia krążenia wieńcowego (tj. rewaskularyzacji miokardium). Zaobserwował, że eksperymentalnie wytworzone zrosty osierdzia były unaczynione. Idea polegała na połączeniu mięśnia piersiowego z osierdziem oddzielnym od nasierdzia, co miało zapewnić dodatkowe źródło ukrwienia. Ta koncepcja wzbudziła duże zainteresowanie.

Operacja Becka I (tzw. kardioperikardiopeksja) została wykonana po raz pierwszy w 1935 r., pacjentem był 48-letni ogrodnik, Joseph Krchmar, z zaawansowaną chorobą wieńcową. Claude Beck podkreślał odwagę tego pacjenta, w wywiadach wymieniał go z imienia i nazwiska, akcentując rolę, którą odegrał w tych pionierskich latach kardiologii. Wkrótce entuzjaści tej techniki zaproponowali jej odmianę w postaci kardioomentepeksji, kardiopneumopeksji, kardiogastropeksji, kardioplejunoeksji (tj. z włączeniem odpowiednio sieci, opłucnej, żołądka, jelit), stosowano też uszypułowane płyty skórne (np. z mięśnia piersiowego większego).

DOBRE, SPRÓBUJEMY!

Kolejnym sposobem rewaskularyzacji miokardium była metoda Becka II, zaprezentowana pod koniec lat 40., która polegała na wytworzeniu przetoki tętniczo-żylną, czyli



Profesorowie Favaloro i Sones: twórca techniki operacji by-passów oraz wykonawca pierwszej koronarografii.

połączeniu pomiędzy aortą zstępującą i zatoką wieńcową (rewaskularyzacja miokardium drogą arterializacji żył). Wybitny polski kardiochirurg, prof. Jan Moll, dokonał modyfikacji tej techniki, tj. podwiązania spływu żyły wielkiej serca przy zatoce wieńcowej, czyli zamknięcie przetoki tętniczo-żylną

do prawego przedsionka, co likwidowało napływ (ucieczkę) krwi z żył serca do prawego przedsionka. Echa tych koncepcji znajdujemy w słynnej książce Hanny Krall „Zdążyć przed Panem Bogiem”: „Otóż podczas jakiejś operacji jeden z asystentów miał wątpliwość, czy Profesor zacisnął



Prof. Jan Moll z dr. Markiem Edelmanem

”

**„Odłożę skalpel, gdy
zabraknie mi wyzwań”
– deklarował.**

tętnicę czy żyłę – to się zdarza czasem, że naczynia są do siebie podobne – wszyscy mówią, że w porządku, tętnica, tylko ten asystent upiera się: «To żyła, na pewno», i po powrocie do domu Edelman zaczyna się zastanawiać, co byłoby, gdyby to była żyła w istocie. I zaczyna szkicować to sobie na papierze: krew utlenioną, która, jak wiadomo ze szkoły, dopływa tętnicami, można by z aorty skierować wprost do żył, które są drożne, bo nie chorują na miażdżycę, więc nie spowodują zawału. Odplynęłaby zaś ta krew... Edelman nie jest jeszcze zupełnie pewny, którędy krew teraz by odpłynęła, ale na drugi dzień pokazuje swój rysunek Profesorowi. Profesor rzuca okiem: «Można, panie profesorze, o, wprost tutaj, i miesiąc byłby ukrwiony...» – mówi, a Profesor kiwa uprzejmie głową. (...) Edelman wraca do swego szpitala, a Profesor, wieczorem do domu, po czym kładzie sobie ten rysunek na stoliku obok łóżka. (...) Trudno powiedzieć, kiedy Profesor przestaje się przyglądać rysunkowi i zaczyna sam coś sobie szkicować na papierze (szkicuje mianowicie pomost łączący tętnicę główną z żyłami) (...) A jak żywe serce się zachowa? No, na to nie może mu już odpowiedzieć nikt, bo na żywym sercu nikt takich prób jeszcze nie robił. Żeby wiedzieć, jak zachowa się żywe serce, trzeba po prostu na żywym sercu zrobić operację. «Dobrze, spróbujemy». (...) Na sali jest cisza. Profesor podwiązuje główną żyłę, żeby zatrzymać drogę odpływu krwi

i zobaczyć, co będzie się działo... (Claude Beck nie podwiązywał spływu, co powodowało potem niedomogę prawego serca i śmierć. Profesor poprawia więc tę metodę – nie, nie zgadza się na słowo «poprawia» – zmienia tylko metodę Claude’a Becka.). Czekaj... Serce pracuje normalnie. Łączy teraz aortę główną z żyłami specjalnym pomostem, krew tętnicza zaczyna płynąć do żył. Znowu czeka. Serce drgnęło. Drugi skurcz. Potem jeszcze parę szybkich skurczów i serce zaczyna pracować powoli, miarowo. Niebieskie żyły stają się czerwone od tętniczej krwi i zaczynają tętnić, a krew odpływa – nikt nie wie dokładnie, którędy, ale znajduje sobie ujście mniejszymi spływami. Jeszcze kilkanaście minut w ciszy. Serce wciąż pracuje bez zakłóceń...».

Pionierską operację wszczepienia pomostów naczyniowych (by-passów wieńcowych) z zastosowaniem żyły odpiszczelowej przeprowadził w Cleveland Clinic (USA) Argentyńczyk René Gerónimo Favaloro. Urodził się 12 czerwca 1923 r. w La Plata,

stolicy prowincji Buenos Aires. Był potomkiem włoskich imigrantów, rodzina matki pochodziła z Toskanii, a ojca – z Sycylii. Matka była krawcową, a ojciec stolarzem meblowym. To wujek, lekarz rodzinny, był wzorem drogi zawodowej, którą René Favaloro postanowił podążać. W 1941 r. razem ze 120 kolegami i koleżankami rozpoczął studia na uniwersytecie La Plata. Skończył medycynę, broniąc pracy doktorskiej i uzyskując tytuł doktora medycyny w 1948 r. Jego kształcenie podyplomowe dotyczyło chirurgii klatki piersiowej, w każdy czwartek pokonywał 44 mile do Rawson Hospital w Buenos Aires, by uczestniczyć w programie skupiającym się głównie na technikach resekcji płuc i przelyku. Tak się złożyło, że Uniwersytet La Plata zaprosił do siebie Claerence’a Crafoorda ze Sztokholmu, który jako pierwszy z sukcesem wykonał operację koarktacji aorty. Craford nie tylko wykładał, ale i operował. René Favaloro mu asystował. Otoczenie wróżyło mu karierę akademicką wybitnego torakochirurga. Ale to – w czasach dyktatora Juana Perona – wymagało podpisania deklaracji posłuszeństwa.

NA GŁĘBOKIEJ PROWINCJI

René Favaloro był jednak daleki od konformizmu, nie był pokorny. Nie podpisał tego dokumentu. Wybrał wolność sumienia i rejony dalekie od stolicy. Postanowił zastąpić schorowanego kolegę, który pracował na głębokiej prowincji La Pamapa

jako lekarz rodzinny. Ta chwila (zastępstwo na trzy miesiące) zamieniła się w kawał życia. Spędził tam w sumie 12 lat. Jako lekarz postanowił poprawić nie tylko zdrowie, ale i warunki życia mieszkańców tej argentyńskiej prowincji. W Jacinto Aráuz, miasteczku liczącym ok. dwóch tysięcy mieszkańców, edukował pacjentów, ucząc ich profilaktyki, zorganizował pierwszy „żywy bank krwi”, klasyfikując mieszkańców według grup krwi, doprowadził do powstania sali operacyjnej (pomagał mu tam operować jego brat Juan Jose), szkolił personel lekarski i pielęgniarski, zmniejszył niemal do zera śmiertelność niemowląt z powodu letniej biegunki. Swoje doświadczenia z tego okresu opisał w postaci zbeletryzowanych wspomnień („Wspomnienia wiejskiego lekarza”).

PIONIERSKA PACJENTKA

Favaloro miał już 40 lat, kiedy postanowił poświęcić się chirurgii – złożył podanie o stypendium w Cleveland Clinic w USA. To właśnie tam miała swoje początki koronarografia, która została opracowana przez Masona Sones'a, który wykonał tę procedurę (przypadkowo) po raz pierwszy w 1958 r. u 23-letniego pacjenta z chorobą reumatyczną, która pozostawiła zmiany na zastawce mitralnej i aortalnej. Wykonując aortografię, wstrzyknął niezamierzenie kontrast do prawej tętnicy wieńcowej. Pacjent, ku zaskoczeniu operatora, przeżył. To otworzyło drogę do planowych koronarografii. Jednak próby operacji tętnic wieńcowych nie były już tak udane. Favaloro wpadł na pomysł wykorzystania żyły odpiszczelowej jako drogi omijającej zwężenie. W 1967 r. nie tylko podzielił się tym spostrzeżeniem, ale i dokonał tego. Ten sukces poprzedziły liczne operacje mające charakter eksperymentu, w niektórych seriach zabiegów śmiertelność była tak wysoka, że zespół Cleveland Clinic zajmujący się transplantacjami nerek zapelował o wykonywanie uprzednich badań kwalifikujących tych pacjentów kardiochirurgicznych jako potencjalnych dawców nerek...

Pierwsze udane pomostowanie tętnic wieńcowych (CABG) przy użyciu żyły odpiszczelowej René Favaloro wykonał 9 maja 1967 r. – to był kolejny kamień milowy kardiochirurgii i dzień ten przeszedł do historii medycyny. Pacjentką była 51-letnia kobieta z niedrożną prawą tętnicą wieńcową. Tydzień później Mason Sones wykonał koronarografię, która wykazała prawidłowy przepływ w zrekonstruowanej tętnicy. René Favaloro zyskał sławę i uznanie kardiologów i kardiochirurgów na wszystkich kontynentach. Rok później Favaloro mógł się pochwalić grupą

ponad 150 zoperowanych w ten sposób pacjentów, a do 1970 r. było już ich ponad tysiąc (całkowita śmiertelność wyniosła 4,2 proc.). Chirurgia naczyń wieńcowych weszła do praktyki klinicznej.

BĄDŹ UCZCIWY, PRACUJ Z PASJĄ

René Favaloro podróżował po świecie z wykładami na konferencjach, zapraszano go do sal operacyjnych, gościnnie wykonywał by-passy, w tym pierwszy zabieg CABG w Wielkiej Brytanii. Pomimo otrzymania interesujących i lukratywnych propozycji z różnych ośrodków w USA, w 1971 r. (w wieku 47 lat) zdecydował się na powrót do Argentyny. Został szefem kardiochirurgii w szpitalu Güemes w Buenos Aires, pod jego kierownictwem placówka rozkwitła,



**Odmówił propozycji
zostania ministrem
zdrowia, posłem,
senatorem
i wiceprezydentem
Argentyny.**

stając się najważniejszym ośrodkiem medycznym w Ameryce Południowej. To tutaj wykonał pierwsze w Argentynie przeszczepienie serca (1980 r.). „Odłożę skalpel, gdy zabraknie mi wyzwań” – deklarował.

W 1975 r. René Favaloro razem z bratem Juanem Jose (także chirurgiem) stworzył fundację Favaloro. Ta unikatowa dla Ameryki Południowej inicjatywa, początkowo prywatna, non-profit, miała wspierać projekty naukowe. Wytyczono trzy główne cele: opieka zdrowotna, inwestycje w naukę i edukacja personelu medycznego. W 1992 r. Favaloro utworzył Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICYCC), którego misją jest „zaawansowana technologia w służbie humanizacji medycyny”. Z czasem powstał uniwersytet i wielodyscyplinarne zespoły, m.in. specjalistów hepatologii, immunogenetyki, nefrologii, gastroenterologii, ortopedii, neurologii, psychatrii, ale przede wszystkim powstało centrum transplantologii – serca, płuc, wątroby, nerek, trzustki, jelit i szpiku, a także ośrodek szkolnictwa wyższego i podyplomowego. Kilka procent studentów tej uczelni stanowiła młodzież

z uboższych rodzin, która studiowała dzięki stypendiom Fundacji Favaloro. Sam kardiochirurg wyszkolił – tylko z Ameryki Łacińskiej – ponad 400 operatorów.

Na stronach Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu prof. Marian Zembała, pisząc o misji szpitala i wytycznych, którymi powinni kierować się lekarze, zacytował dekalog napisany przez René Favaloro: „Bądź uczciwy. Pracuj z pasją, zaangażowaniem i bezgranicznym poświęceniem. Nie kieruj się osobistymi poglądami czy uprzedzeniami. Nie pozwól, by przekonania innych wpływały na Twoje myślenie. Osobiste zaangażowanie ma wartość tylko wówczas, gdy płynie z naszej własnej woli, nie jest podyktowane zewnętrznym nakazem czy ograniczeniem. Nigdy nie zbaczaj ze ścieżki etycznego postępowania wobec chorego i jego rodziny. Nie zapominaj o szacunku i respektowaniu godności chorego. Praca zespołowa jest kluczem do sukcesu. Wymaga pokory. Zastąp „ja” – słowem „my”. Każde działanie powinno służyć prawdzie i tylko prawdzie. Sygnalizuj niepokojące zachowania. Niczego nie zyskasz, opierając się na kłamstwie. Jeśli podczas niesienia ulgi choremu człowiekowi możemy wzbogacić naszą wiedzę i zdobyć nowe doświadczenie – nasza satysfakcja będzie podwójna. Nasza praca skupia się na pacjencie. Jest on jedyną osobą, która służy na specjalne przywileje. Radość i zadowolenie z wykonywania naszego zawodu osiągniemy tylko wówczas, gdy uświadomimy sobie, że tak naprawdę jedyną prawdziwą nagrodą jest dla nas ta, płynąca z poczucia dobrze spełnionego obowiązku”.

René Favaloro otrzymał wiele nagród i zaszczytów z całego świata. Odmówił propozycji zostania ministrem zdrowia, posłem, senatorem i wiceprezydentem Argentyny. Dużo podróżował na zaproszenie różnych ośrodków klinicznych. W 1997 r. był w Polsce gościem prof. Zbigniewa Religi w Zabrzu, zainteresowały go szczególnie kwestie mechanicznego wspomagania krążenia. Jeden z wykładów zadedykował Paulowi White'owi – zakończył go cytatem narodowego poematu argentyńskiego kończącego się słowami „(...) po prostu dla dobra wspólnego”.

W 2000 r. w Argentynie zapanował kryzys gospodarczy, długi Fundacji Favaloro urosły do ponad 18 mln dolarów. Kardiochirurg zabiegał u władz o wsparcie finansowe i ratunek dla fundacji, wysłał ponad 400 listów... Bez odzewu. W końcu napisał ostatni list, w którym oskarżył rząd o brak pomocy i 29 lipca 2000 r. odebrał sobie życie, strzelając prosto w serce. Władze Argentyny ogłosiły żałobę narodową.

Kalendarz wydarzeń KULTURALNYCH OŚRODKA KULTURY i DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO NIL

pełne informacje u organizatorów

2023

4 MARCA

Łódź, Klub Lekarza OIL
**XXIII Ogólnopolska Biesiada
Literacka** wraz z premierą
**14. programu Kabaretu
OIL-BAK**
Maria Czaplińska,
Unia Polskich Pisarzy Lekarzy,
tel. 42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl

20 KWIETNIA

Kraków,
Teatr im. Juliusza Słowackiego
**Gala XII Edycji
Ogólnopolskiego Konkursu
Literackiego im. Profesora
Andrzeja Szczeklika**
„Przychodzi wena do lekarza”
Medycyna Praktyczna,
piotr.gajewski@mp.pl,
anna.wierzchowska-wozniak@mp.pl,
www.mp.pl/wena,
tel. 12 211 22 00

1-7 MAJA

Częstochowa
**XI Międzynarodowe
Warsztaty
Fotograficzne Lekarzy**
„PhotoArtMedica 2023”
Krzysztof Muskalski,
OIL w Częstochowie,
tel. 343 681 888,
czestochowa@hipokrates.org

11-14 MAJA

Zyrardów
**II Ogólnopolski Plener
Fotograficzny Lekarzy**
Mirosław Żydecki,
tel. 502 101 306,
zydecki@gmail.com

28 MAJA – 3 CZERWCA

Łódź, Klub Lekarza OIL
**XX Ogólnopolska,
III Międzynarodowa
Wystawa Malarstwa Lekarzy**
**Konkurs prowadzony przez
niezależne Jury**
Paweł Czekalski,
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi,
tel. 12 211 22 00

1-4 CZERWCA

Olsztyn, Kuźnie Społeczna,
Kongres Polonii Medycznej
Eskulap-Rock
Warmińsko-Mazurska Izba
Lekarska w Olsztynie,
tel. 89 539 19 29 w. 1,
609 690 466

1-10 WRZEŚNIA

Góra św. Anny / Opole
Plener Malarski
Włodzimierz Cerański,
tel. 602 121 084

8-10 WRZEŚNIA

Opole, Teatr im. Jana
Kochanowskiego
**Kongres Kultury i Historii
Lekarskiej 2023**
Jarosław Wanecki,
tel. 603 110 978,
jaroslaw.wanecki@nil.org.pl,
Jerzy Lach,
tel. 664 936 762

9 WRZEŚNIA

Opole, Mediateka,
Miejski Dom Kultury,
Teatr im. Jana Kochanowskiego
**#SztukaNaszychDzieci –
FINAŁ**
Joanna Maślankowska,
Jarosław Wanecki,
tel. 603 110 978,
jaroslaw.wanecki@nil.org.pl

12-17 WRZEŚNIA

Kazimierz Dolny
**X Ogólnopolski Plener
Fotograficzny Lekarzy 2023**
Lubelska Izba Lekarska,
tel. 81 536 04 50/51,
sekretariat@oil.lublin.pl

14 PAŹDZIERNIKA

Warszawa
**XIV Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Prozatorski**
„Puls Słowa” dla Lekarzy
i Lekarzy Dentystów
Spektakl poetycko-muzyczny
„Molekuły wrażliwości 6”
Majka Maria Żywicka-Luckner,
tel. 604 286 324,
majkazywicka@wp.pl,
Okręgowa Izba Lekarska
w Warszawie

21 PAŹDZIERNIKA

Częstochowa
**XI Międzynarodowy Salon
Fotografii Artystycznej**
„PhotoArtMedica 2023”
Krzysztof Muskalski,
OIL w Częstochowie,
tel. 343 681 888,
czestochowa@hipokrates.org

21 PAŹDZIERNIKA

Szczecin, Katedra
Charytatywny Koncert
Polskiej Orkiestry Lekarzy
Elżbieta Czechowska,
elaczech@interia.pl,
tel. 608 292 023,
Stowarzyszenie Polska
Orkiestra Lekarzy

22-28 PAŹDZIERNIKA

Łódź, Klub lekarza OIL
**Międzynarodowa Wystawa
Fotograficzna „Świat
w obiektywie lekarskim”**
Konkurs Fotograficzny
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi,
tel. 42 683 17 01,
biuro@oil.lodz.pl

JESIEŃ

Orońsk, Centrum Rzeźby Polskiej
**IX Ogólnopolski Plener
Ceramiki Artystycznej dla
Lekarzy i Lekarzy Dentystów**
Stanisław Mysiak,
tel. 605 256 335,
stanislawmysiak@gmail.com

9 GRUDNIA

Lublin
**VI Ogólnopolski Konkurs
Poetycko-Literacki**
„Lekarze dzieciom”
Grażyna Wasolczyk,
tel. 505 088 017,
Lubelska Izba Lekarska,
tel. 81 536 04 50/51
sekretariat@oil.lublin.pl

9 GRUDNIA

Lublin
**XII Ogólnopolski Konkurs
Fotograficzny Lekarzy
i Studentów Medycyny 2023**
Krzysztof Sak,
tel. 505 465 653,
Lubelska Izba Lekarska,
tel. 81 536 04 50/51,
sekretariat@oil.lublin.pl

KULTURA

Międzynarodowe sukcesy polskich lekarzy



W ubiegłym roku polscy lekarze odnosili liczne sukcesy w międzynarodowych konkursach fotograficznych. Wśród nich znaleźli się Maciej Jóźwiak (lekarz dentysta, Warszawa), Ryszard Zembruski (internista, Warszawa), Marek Szczytkowski (specjalista medycyny rodzinnej, Świdwin), dr Krzysztof Muskalski (okulista, Częstochowa). Pełna lista ich osiągnięć na www.gazetalekarska.pl.

Skalpel i pióro. Jak pracuje Halina Anilah?

Halina Anilah to pseudonim artystyczny Haliny Berońskiej-Kulickiej, chirurga plastyka z ponad 30-letnim stażem przy stole operacyjnym. Obecnie zawodowo jest związana z Krakowem, mimo że prawie 20 lat pracowała w Warszawie. Halina Anilah to także pisarka, która w wywiadzie przeprowadzonym przez Irenę Kaczmarczyk opowiedziała o związkach medycyny z literaturą, o swoich dotychczasowych doświadczeniach literackich i planach na przyszłość. Rozmowa na www.gazetalekarska.pl



NASZA CZYTEL尼亚

JEST OK. TO DLACZEGO NIE CHCĘ ŻYĆ?

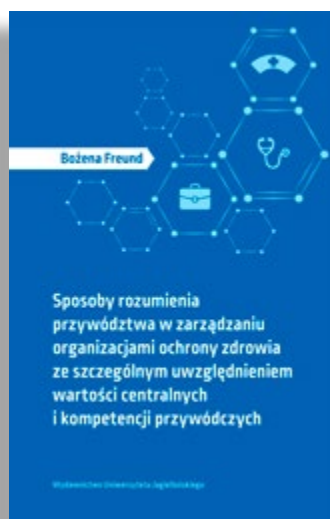


**Małgorzata Serafin,
Marek Sekielski**

Wstrząsające rozmowy o jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie – o depresji. Bohaterowie tej książki dzielą się swoimi doświadczeniami w walce z tą niezwykle trudną do pokonania chorobą. Opowiadają, co czują, z czym mierzą się każdego dnia. O chwilach najgorszych, ale też tych lepszych, dających nadzieję na wyjście z dramatycznej sytuacji i wyzdrowienie.

SPOSOBY ROZUMIENIA PRZYWÓDZTWA

W ZARZĄDZANIU ORGANIZACJAMI OCHRONY ZDROWIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM WARTOŚCI CENTRALNYCH I KOMPETENCJI PRZYWÓDCZYCH



Bożena Freund

W książce znajdziemy opis trzech ważnych sposobów rozumienia przywództwa z punktu widzenia zarządzania organizacjami ochrony zdrowia: kadry zarządzającej, personelu lekarskiego, personelu pielęgniarstwa. Autorka dokonuje przeglądu literatury przedmiotu, przedstawia własne badania, ale też oddaje głos osobom pracującym w publicznej opiece zdrowotnej.



www.photoartmedica.pl



„Roksana”, Piotr Pietryga (rezydent medycyny rodzinnej, Poznań)
Honorowe Wyróżnienie Salonu PhotoArtMedica 2022

GazetaLekarska.pl

POGO



Jakub Sieczko

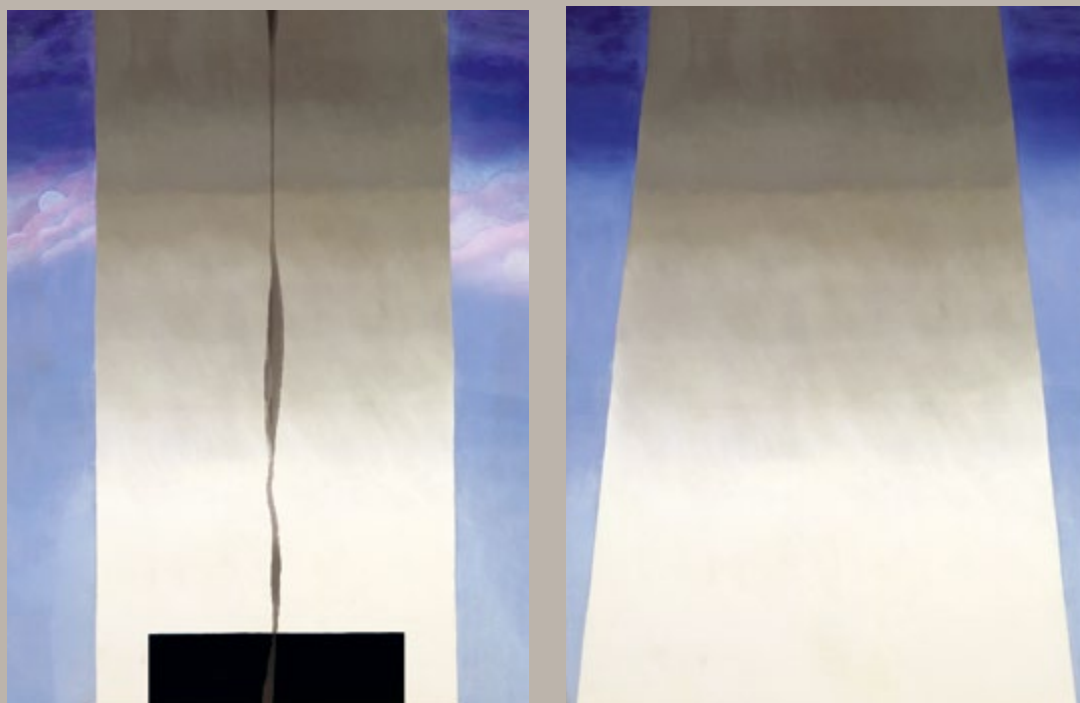
O problemach, jakie towarzyszą pracy w polskim ratownictwie medycznym, powstało już wiele publikacji, ale trudno znaleźć taką, jak reportaż autorstwa specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii Jakuba Sieczki. Sposób, w jaki autor pokazuje pracę w pogotowiu ratunkowym, jego praktyczna ocena sytuacji i ukazanie codziennej prozy zawodu, zasługuje na słowa najwyższego, literackiego uznania. To mocna, zmuszająca do refleksji lektura bez „filtra i pudru”, z którą może utożsamiać się każdy, kto zasmakował pracy w ZRM.

ZAKAŻENIA W OTORYNOLARYNGOLOGII



Jurek Olszewski

Podręcznik na temat nowoczesnego i aktualnego postępowania w zakażeniach układu oddechowego. Każdy rozdział został opracowany w sposób syntetyczny według jednolitego schematu. Wskazano na nowe możliwości diagnostyczne, a także rekomendacje do stosowania antybiotykoterapii. W wybranych rozdziałach przedstawiono ciekawe przypadki kliniczne. Publikacja przydatna w codziennej praktyce lekarzy wielu specjalności, w tym m.in. otolaryngologów, specjalistów audiologii i foniatrii, geriatrów oraz lekarzy medycyny rodzinnej.



Obraz: Georgia O'Keeffe, „Dzień z Juanem II”, 1977, MoMA, Nowy Jork

BŁĄD MALARSKI

Na szaro

Jak przeobrazić martwą naturę w eksplodującą kolorem erotyczną ucztę? Sekret ten posiadała Georgia O'Keeffe, mistrzyni mięsistych kwiatów o kształtach jednoznacznie sugerujących zarysy kobiecych genitaliów. A co dzieje się, gdy ta królowa wagin maluje symbol falliczny? I to w dodatku będąc niemalże ślepą?



Agata Morka
Doktor historii sztuki

W porównaniu do soczystych kwiatów, z których zasłynęła O'Keeffe, obraz „Dzień z Juanem II” zastanawia posuniętą do ekstremum oszczędnością kształtów i kolorów. Obraz, namalowany po dniu spędzonym w stolicy Stanów Zjednoczonych, przedstawia monument Waszyngtona na tle niebieskiego nieba.

Jeśli patrzeć na niego, pomijając kontekst, to odebrać go można jako niefiguratywną abstrakcję. Centralny kształt rozpycha się tutaj na błękitnym prostokącie tła, widoczne pociągnięcia pędzla nadają mu fakturę, a gradient szarości wprowadza do kompozycji sugestię przestrzeni. Coś tu się wydarzyło, to zupełnie nowa O'Keeffe. Okazuje się, że tę stylistyczną zmianę podyktowała choroba.

O swoich późnych pracach malarka pisała: „Te obrazy pochodzą z mojego widzenia, innego niż przedtem”. O'Keeffe cierpiała na zwyrodnienie plamki żółtej spowodowane procesem starzenia. Oczy malarki zrobiły ją na szaro.

Próbowała poradzić sobie z tym postępującym schorzeniem na różne sposoby: od całkowitego zaniechania pracy twórczej, po współpracę. Ponoć „Dnia z Juanem II” nie namalowała sama. Malować miał płótno pod jej ścisłe dyktando mężczyzna, którego zatrudniła do odświeżenia fasady jej domu.

Lubię myśleć o tym szarym okresie malarki jak o triumfie redefinicji. O'Keeffe tak go wspominała: „Kiedy moje oczy przestały widzieć tak ostro jak robiły to przez 80 lat i świat stał się szary, przeszkadzało mi to i stopniowo przestałam pracować. Z czasem byłam zaskoczona tym, że ten świat może czasem być piękny, w nowy sposób. Zaczęłam myśleć, jak mogłabym rozpocząć jeszcze raz i namalować ten nowy świat”.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 12/2022-01/2023

1. Dodanie herbu Yale jak naszywki na stroju portretowanego.

Peter Parker, który zamawiał portrety chorych u Lam Qua, uczęszczał na Uniwersytet Yale. Uniwersytecka biblioteka zawiera kolekcję około osiemdziesięciu płócien stworzonych przez chińskiego malarza dla Parkera.

2. Usunięcie okna z pejzażem w tle, zamiast niego jednolite tło.

Większość portretów pacjentów pędzła Qua ustawiona jest w ciemnych, jednolitych wnętrzach.

3. Dodanie białego numeru 3 po lewej stronie obrazu na wysokości głowy kobiety.

Tożsamość portretowanych przez Lam Qua nie jest ujawniona. Zamiast imion i nazwisk, pozujący opatrzeni zostali numerami ułatwiającymi ich rozpoznanie. Numery te znajdują się w większości portretów w tle.

4. Dodanie manuskryptu z ręcznym pismem Parkera do rąk portretowanej.

Kolekcja Yale, obok portretów pacjentów Parkera, obejmuje również zbiór jego dzienników, w którym zapisywał szczegóły dotyczące każdego zamawianego u Qua portretu. Tekst dodany na zmienionym obrazie to rzeczywista strona z jego zapisków.



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

NAGRODZENI „GL” 12/2022-01/2023:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Kacper Luchowski z Werbkowic. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Łukasz Ćwińczek (Rybnik), Dorota Knychas (Warszawa), Katarzyna Wysocka (Poznań)



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 14 lutego 2023 r. W temacie maila należy wpisać GLO2 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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

PROZA

Czekanie boli (fragmenty)

GazetaLekarska.pl



Noce w szpitalu pachną lepkiem oczekiwaniem. Bezsenność pomieszana jest z bólem, senne marzenia z tęsknotą. Wszystko zastyga. Cichy pokój jest jak klatka, która dusi. Rano trzeba otworzyć okna, wywiać to, co złe.

Wyciszam emocje. Ciemność otulona szorstkim kocem. Sąsiadka chrapie, zresztą uprzedzała. Kran nad umywalką znów słabo dokręcony, przepuszcza co jakiś czas krople życia z innego świata. Wtapiam się w mrok, czekając na świt. Udając dzielność przed samą sobą, znów nie poprosiłam o tabletkę na sen. Słuchawkami odgradzam się od dźwięków sali. Cicha muzyka przy zamkniętych oczach stwarza pozory normalności. Przerywa to ostre światło jarzeniówki. Pielęgniarka z ostatnią tego dnia porcją kroplówek do pani X. Znów ciemno. Z trudem rezygnuję z czytania. Noc byłaby łagodniejsza, gdybym zaklinała czas stronicami książek. Zaczynam udawać sama przed sobą senność. Staram się nie myśleć o domu i dzieciach. Wiem, że wtedy długo w noc będę próbowała nie płakać.

Jak pachniały mi noce dyżurów, gdy zaczynałam pracę w szpitalu? Niepokojem przed wyzwaniem, zapachem kolejnej kawy słodzonej tremą – jak przed występem, w biegu zjedzonym batonikiem, zmęczeniem pomieszanym z porcją adrenaliny. Zapach szpitalnych korytarzy, ból połączony z potem i moczem, dochodzący przez uchylone drzwi z sal chorych.

Noc na dyżurze dawała czas na trochę wytchnienia. Sen pacjentów był nadzieją na przerwę w pracy, chwilę oddechu. Szybki telefon do domu. Uśmiech na twarzy z myślą o dzieciach. Dobra tęsknota kojąca, dająca siłę i perspektywę oddechu poza murami szpitala. (...)

POEZJA

Otulam się ciszą

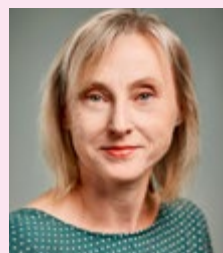
*w bezkresnym niebie szukam głębi
myśli pulsują
czują pod skórą ich niepokój*

*te wczorajsze zasnęły w bezruchu
pokryje je kurz i lekka nić pajęczna*

omiatam kąty nieobecnością pełne

*kiedy nadchodzi jesień
zakwita czasem we śnie twoim uśmiechem
częściej na kształt starych butów van Gogha
ciśnie w czasie spaceru przez życie*

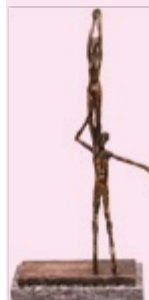
*nocą otulona ciszą
uwalniam stopy w bosym tańcu
tęsknota nigdy nie śpi*



KATARZYNA WIERZBICKA

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

Urodziła się i mieszka w Otwocku. W 1997 r. ukończyła II Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Pracę zaczęła jednocześnie w POZ i na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Otwocku. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Od kilku lat pracuje w przychodni POZ w Karczewie oraz zajmuje się pensjonariuszami domu opieki. Po pracy najbardziej ceni spacer po lesie, dobrą książkę, muzykę i teatr. Ponadto od roku wyszywa haftem krzyżykowym. Kolekcjonuje zdjęcia drzew i anioły. Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach, w okresie długiej rekonwalescencji po ciężkim wypadku samochodowym. Od kilku lat oprócz wierszy pisze czasem opowiadania i bajki dla swoich dzieci. Nagrodzone opowiadanie napisała na podstawie prawdziwej historii dziadków męża, by zachować ją dla swoich córek.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Kalendarz wydarzeń SPORTOWYCH 2023

6-7 STYCZNIA XX Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Częstochowie „Trzech Króli” Częstochowa OIL w Częstochowie Rita Idziak (tel. 34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org) Lesław Rudziński (tel. 601 913 381)	14 STYCZNIA XXVI MPL w Narciarstwie Biegowym Magurka Wilkowska Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej Izby Lekarskiej Maciej Pajkowski (tel. 602 177 857, mpajkowski@interia.pl)	20-22 STYCZNIA IX Puchar Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim SKIMiL Szczyrk Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej, POLSKIMED Mariusz Smolik (tel. 504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com)	20-22 STYCZNIA (zastępczy: 27-29 stycznia) VII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników w Szachach Kazimierz Dolny n./Wisłą Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej Marek Gogacz (tel. 502 114 898, gogacz@yahoo.com) Tomasz Wójcicki (tel. 504 190 494, tomaszwójcicki1@wp.pl)	27-28 STYCZNIA I Zimowe MP Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Siatkowie Płazowej Kozłów k. Gliwic Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej Przemysław Rosak (tel. 518 175 887, rosakowski@o2.pl)
4-5 LUTEGO XXVI MPL w Narciarstwie Alpejskim Ustroń-Poniewież (stok) POLSKIMED, Beskidzka Izba Lekarska, Śląska Izba Lekarska Jakub Gałaszek (tel. 660 083 011) Mariusz Smolik (tel. 504 045 609, mariuszsmolik@gmail.com)	18 LUTEGO XV Zimowe MPL w Triathlonie Sandomierz Świątokrzyńska Izba Lekarska Jacek Łabudzki (tel. 603 914 107, drdjl@op.pl) MOSiR Sandomierz (tel. 790 780 923) Artur Dul, Hotel Pod Ciężką w Sandomierzu (tel. 692 235 695)	23-25 LUTEGO 4. Mistrzostwa Europy Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim Pagannella – Andalo, Włochy POLSKIMED informacje: www.polskimed.pl	4 MARCA 6. Halowe MPL w Lekkiej Atletyce Toruń PZLA „Masters”, współorganizator KPOiL w Toruniu Julian Pełka (tel. 504 101 375, julekp@onet.pl)	4-5 MARCA 3. Puchar POLSKIMED Wisła POLSKIMED informacje: www.polskimed.pl
15-18 MARCA 48. Mistrzostwa Świata Lekarzy i Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim Moena – Włochy informacje: www.med-skiworldcup.com	24-26 MARCA Halowe MPL w Tenisie Kielce Świątokrzyńska Izba Lekarska Joanna Gałuszka-Garnuszek (tel. 609 259 600, jogaga@o2.pl)	MARZEC (zastępczy: wrzesień) MPL w Bowlingu Bydgoszcz Bydgoska Izba Lekarska Marcin Gierach (tel. 506 180 304, marcin_gierach@wp.pl)	2 KWIETNIA 25. Jubileuszowe MPL w Biegu na 15 km Bukowiec Górny Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej Leszek Walczak (tel. 601 754 720, lwai@wp.pl)	20-22 KWIETNIA (zastępczy: 19-21 października) XVIII MPL w Pływaniu „Dębica 2023” Dębica OIL w Rzeszowie (tel. 515 170 815, ks.oil.rzeszow@gmail.com) Janusz Bieniasz (tel. 604 090 587, bienjan@op.pl)
22 KWIETNIA II Otwarte Zawody OIL w Łodzi w Strzelectwie Sportowym Okreglica k. Sieradza Komisja Sportu OIL w Łodzi Bartosz Sułiborski (tel. 608 070 701, bsuliborski@yahoo.com)	11-14 MAJA Zlot Otwarcie Sezonu Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” Krasnobród k. Zamościa Zarząd Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” przy OIL w Łodzi (tel. 42 683 17 27) Grzegorz Krzyżanowski (tel. 601 979 724, grzegorz.wojciech.krzyzanowski@gmail.com)	12-14 MAJA Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memoriał dr. Andrzeja Jasińskiego” Łódź Komisja Sportu OIL w Łodzi Bogusław Rataj (tel. 602 574 099, bogrataj@wp.pl)	17 MAJA 7. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych Toruń PZLA „Masters”, współorganizator KPOiL w Toruniu Julian Pełka (tel. 504 101 375, julekp@onet.pl)	20-21 MAJA (zastępczy: 8-9 czerwca) III Drużynowe Mistrzostwa Polski Okręgowych Izb Lekarskich w Tenisie Stołowym Zamość Lubelska Izba Lekarska Jacek Drożdź (tel. 607 062 510, jacekdrozdz@gmail.com) Andrzej Kleinrok (tel. 604 560 381, a.kleinrok@wp.pl)
21 MAJA XXIII MPL w Biegu na 10 km Bielsko-Biała Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej Izby Lekarskiej Maciej Pajkowski (tel. 602 177 857, mpajkowski@interia.pl)	25-28 MAJA Championat SzachMedica XXI MPL w Szachach Sielpia Wielka Świątokrzyńska Izba Lekarska, Śląska Izba Lekarska Piotr Wiśniewski (tel. 606 100 091, piotr@interia.pl) Leszek Bakalarz (tel. 535 890 777, l.bakalarz@wp.pl)	26-28 MAJA XIV Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w Klasie Puck Puck Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku Marcin Szczęśniak (tel. 603 696 160, mardent@autograf.pl)	27-28 MAJA XIX Jurajski Rajd Rowerowo – Kajakowy Lekarzy Jastrzęb OIL w Częstochowie Rita Idziak (tel. 34 368 18 88, czestochowa@hipokrates.org) Tomasz Klimza (tel. 691 488 383)	27-28 MAJA XI Puchar Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym Tarnobrzeg Ogólnopolski Klub Wędkujących Lekarzy FISH-MED oraz KKSIR Beskidzkiej Izby Lekarskiej Tomasz Skorzyński, Grzegorz Kolodziej (tel. 501 503 435)

28 MAJA**III Piknik kajakowy lub spływ kajakowy**

Chechło, Przemsza
Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej
Przemysław Rosak
(tel. 518 175 887,
rosakowski@o2.pl)

MAJ**3. MPL w Koszykowie**

Łódź
Komisja Sportu OIL w Łodzi
Sebastian Żabierek
(tel. 601 245 868,
logan-x@o2.pl)

MAJ**II MPL w Strzelectwie Dynamicznym**

Mątki k. Olsztyna
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
Marcin Kochanowicz
(tel. 665 166 516,
kochanowicz@onet.eu)

MAJ

(zastępczy: czerwiec)

XXI MPL w Wędkarstwie Sławikowym

Komisja ds. Kultury, Sportu i Rekreacji Beskidzkiej Izby Lekarskiej
Grzegorz Kołodziej
(tel. 501 503 435,
grk@onet.eu)

2-3 CZERWCA**20. MPL w Kolarstwie Szosowym**

Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej
Krzysztof Matras
(tel. 605 084 016)
Mariusz Trus
(tel. 697 111 238)

2-3 CZERWCA**XV MPL w piłce nożnej 6-osobowej**

Częstochowa
OIL w Częstochowie
Rita Idziak
(tel. 34 368 18 88,
czestochowa@hipokrates.org)
Piotr Janik
(tel. 602 380 957)
Przemysław Klimas
(tel. 604 792 574)

2-3 CZERWCA**VII MPL OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej**

Częstochowa
OIL w Częstochowie
Rita Idziak
(tel. 34 368 18 88,
czestochowa@hipokrates.org)
Piotr Janik
(tel. 602 380 957)
Przemysław Klimas
(tel. 604 792 574)

4 CZERWCA

(zastępczy: 3 września)

XI MPL w Badmintonie i XI Puchar Medyczny w Badmintonie

NIL, Komisja Sportu OIL w Łodzi
Robert Bibik
(tel. 695 864 973, rmbibik@wp.pl)

8-11 CZERWCA**XXXIII Letnie MPL w Tenisie**

Stalowa Wola
KSiT ORL w Rzeszowie
Joanna Szafranek-Pyzel
(tel. 502 615 413)
Andrzej Pyzara
(tel. 530 335 225,
biuro@mktstalowawola.pl)
Alek Micał
(tel. 603 927 870,
ks.oil.rzeszow@gmail.com)

17-18 CZERWCA

(zastępczy: 24-25 czerwca)

XIII Ogólnopolskie Grand Prix w Strzelectwie Myśliwskim dla Lekarzy „Złoty Eskulap”

Puławy
Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej
Grzegorz Pietras
(piegrze@gmail.com)
Marek Gogacz
(tel. 502 114 898,
gogacz@yahoo.com)
Tomasz Wójcicki
(tel. 504 190 494,
tomaszwojcicki@wp.pl)

21-25 CZERWCA**Złot Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarskiego „DoctorRiders” – Poznaj Swój Kraj**

Wieliczka
OIL w Krakowie
Mariusz Janikowski
(tel. 601 406 830,
m.janikowski@hipokrates.org)

24 CZERWCA**MPL w Triathlonie na Dystansie Olimpijskim**

Frydman
Komisja Sportu OIL w Krakowie
Lucjan Habieda
(tel. 665 515 600,
info@fundacjafridmantriathlon.pl)

30 CZERWCA – 2 LIPCA**III Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Gdańsku**

Komisja Sportu OIL w Gdańsku
Tomasz Zwierski
(tel. 792 022 553,
tomzwi90@gmail.com)

CZERWIEC

(zastępczy: wrzesień)

XXI MPL i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo

Komisja ds. Sportu OIL w Warszawie
Krystyna Aniol-Strzyżewska
(tel. 600 362 792,
krystynaaniol27@gmail.com)

CZERWIEC

(zastępczy: lipiec)

Ogólnopolskie Regaty Lekarzy w klasie OMEGA

Wieleń Zaobrzański
Komisja Sportu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
Filip Ingot
(tel. 794 172 620)

15 LIPCA**II Wakacyjny Rekreacyjny Rajd Rowerowy ŚIL**

Dąbrowa Górnicza lub Rybnik lub Świerklaniec
Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej
Przemysław Rosak
(tel. 518 175 887,
rosakowski@o2.pl)

20-23 LIPCA**Złot Motocyklowy „MotoBridge Baby 2023”**

Bydgoszcz
Komisja Sportu Bydgoskiej Izby Lekarskiej
Hanna Śliwińska
(tel. 502 585 343,
hanna_wiktoria_sliwinska@o2.pl)

23 LIPCA

(zastępczy: 30 lipca)

LOTTO TRIATHLON ENERGY, Mistrzostwa Pomorza Lekarzy i Mistrzostwa

Polski Sztafet Lekarskich w Triathlonie na dystansach ¼ i 1/8 IM
Gniewno
Komisja Sportu i Rekreacji OIL w Gdańsku we współpracy z Energy Events
Adam Greczyło (tel. 691 494 000,
adam@energyevents.pl)

29 LIPCA – 6 SIERPNIA**XXXII Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2023”**

Ustrzyki Górne
Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie
(tel. 515 170 815,
ks.oil.rzeszow@gmail.com)
Maria Szuber
(tel. 608 595 510,
mszuber55@wp.pl)

19 SIERPNIA**XIV Letnie MPL w Triathlonie**

Sandomierz
Świętokrzyska Izba Lekarska
Jacek Łabudzki
(tel. 603 914 107, drdjl@op.pl)
MOSiR Sandomierz
(tel. 790 780 923)
Artur Dul, Hotel Pod Ciżemką w Sandomierzu
(tel. 692 235 695)

24-27 SIERPNIA**XIX Ogólnopolski Złot Lekarzy Motocyklistów „DoctorRiders”**

Ślók k. Bełchatowa
OIL w Łodzi
Grzegorz Krzyżanowski
(tel. 602 105 919,
grzegorz.krzyzanowski@yahoo.pl)

25-27 SIERPNIA**I Memoriał Prezesa Honorowego PSTL dr. Zbigniewa Frenszkowskiego**

Olsztyn
Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
Zbigniew Żegota
(tel. 500 299 551,
zzegota@tlen.pl)

26 SIERPNIA**XXV MPL w Kolarstwie Górskim**

Istebna
Beskidzka Izba Lekarska
Janusz Lewandowski
(tel. 606 235 361,
janlewdoctor@interia.pl)
zapisy, info: www.pomiaryczasu.pl

26-27 SIERPNIA**12. MPL w Lekkiej Atletyce**

Toruń
PZLA „Masters”, współorganizator
KPOiL w Toruniu
Julian Pełka
(tel. 504 101 375,
julepk@onet.pl)

SIERPIEŃ**VII MPL w Biegu Górskim w ramach Biegu na Wielką Sowę**

Łudwikowice Kłodzkie
Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
Jerzy Słobodzian
(tel. 602 486 406)

1-3 WRZEŚNIA**XXXII Żeglarskie MPL Imionek k. Płisa – jezioro Roś**

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
Piotr Smyt, W-MiL
(tel. 609 690 466,
olsztyn@hipokrates.org)

2 WRZEŚNIA**IV Rodzinny Festyn Sportowy**

Katowice
Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej
Przemysław Rosak
(tel. 518 175 887,
rosakowski@o2.pl)

6-9 WRZEŚNIA**20. Igrzyska Lekarskie Zakopane**

Komisja ds. Sportu NRL
Maciej Jachymiak
(tel. 784 630 799,
admin@igrzyskalekarskie.org)

16 WRZEŚNIA

(zastępczy: 23 września)

XXII Mistrzostwa Lekarzy Pomorza i Kujaw w Tenisie

Toruń
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu
Aleksander Skop
(tel. 604 267 343,
skalek@poczta.onet.pl)

17 WRZEŚNIA**25. MPL w Półmaratonie**

Dzieskanowice-Gnieszno
Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
Wojciech Łącki
(tel. 602 244 817,
wojciechlaci@poczta.onet.pl)

22-24 WRZEŚNIA XVI Ogólnopolski Rajd Konny Lekarzy im. Majora Hubala <i>Komisja Sportu OIL w Łodzi</i> <i>Wojciech Sędzicki</i> <i>(tel. 722 282 750)</i>	24 WRZEŚNIA II Ogólnopolski Zlot Pojazdów Zabytkowych Medi OLD Car 2023 <i>Czeladź/Będzin</i> <i>Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej</i> <i>Przemysław Rosak</i> <i>(tel. 518 175 887,</i> <i>rosakowski@o2.pl)</i>	30 WRZEŚNIA – 1 PAŹDZIERNIKA VII Zakończenie Sezonu GPX FISH-MED <i>Kamieniec k. Gliwic</i> <i>Ogólnopolski Klub Wędkujących Lekarzy FISH-MED oraz KKSIR</i> <i>Beskidzkiej Izby Lekarskiej</i> <i>Katarzyna i Aleksander Sacher</i> <i>Grzegorz Kołodziej</i> <i>(tel. 501 503 435)</i>	5 PAŹDZIERNIKA II Mistrzostwa Kartingowe ŚIL Medi Cup 2023 <i>Katowice/Chorzów</i> <i>Wielkopolska Izba Lekarska</i> <i>Przemysław Rosak</i> <i>(tel. 518 175 887,</i> <i>rosakowski@o2.pl)</i>	7 PAŹDZIERNIKA II Mistrzostwa Lekarzy w Biegu na 5 km <i>Rzeszów</i> <i>OIL w Rzeszowie</i> <i>Małgorzata Piela</i> <i>(tel. 515 170 815,</i> <i>ks.oil.rzeszow@gmail.com)</i>
13 PAŹDZIERNIKA (zastępczy: 14 października) MEDICUP – I Ogólnopolski Turniej Tańca Towarzyskiego dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów <i>Elbląg</i> <i>Komisja Sportu OIL w Gdańsku</i> <i>Damian Borof</i> <i>(tel. 604 180 593,</i> <i>dborof@gmail.com)</i> <i>Natalia Borof</i> <i>(tel. 505 870 640,</i> <i>nborof@gmail.com)</i>	15 PAŹDZIERNIKA XX Jubileuszowe MPL w Maratonie – bieg uliczny <i>Poznań</i> <i>Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej</i> <i>Wojciech Łęcki</i> <i>(tel. 602 244 817,</i> <i>wojciechlacki@poczta.onet.pl)</i>	PAŹDZIERNIK (zastępczy: listopad) II Mistrzostwa Europy Lekarzy w Brazylijskim Jiu-Jitsu <i>Wrocław</i> <i>Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej</i> <i>Michał Głuszek</i> <i>(tel. 606 768 467,</i> <i>michal.gluszek1@gmail.com)</i>	PAŹDZIERNIK (zastępczy: listopad) XXV MPL w Brydżu Sportowym <i>Warszawa</i> <i>Komisja ds. Sportu OIL w Warszawie</i> <i>Krzysztof Makuch</i> <i>(tel. 608 200 190,</i> <i>krzysztofmakuch@hipokrates.org)</i>	PAŹDZIERNIK (zastępczy: listopad) IX Mistrzostwa Polski Samorządów w Brydżu Sportowym – MISJA <i>Warszawa</i> <i>Komisja ds. Sportu OIL w Warszawie</i> <i>Krzysztof Makuch</i> <i>(tel. 608 200 190,</i> <i>krzysztofmakuch@hipokrates.org)</i>
PAŹDZIERNIK (zastępczy: listopad) 2. Cykliczne spotkania kartingowe <i>Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej</i> <i>Przemysław Rosak</i> <i>(tel. 518 175 887,</i> <i>rosakowski@o2.pl)</i>	10-12 LISTOPADA Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy we Wrocławiu <i>Wrocław</i> <i>Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej</i> <i>Piotr Wieczorkowski</i> <i>(tel. 665 120 401,</i> <i>piotr_wieczorkowski@wp.pl)</i>	25 LISTOPADA II Mistrzostwa ŚIL w Bowlingu <i>Ustron</i> <i>Komisja Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej</i> <i>Przemysław Rosak</i> <i>(tel. 518 175 887,</i> <i>rosakowski@o2.pl)</i>	LISTOPAD (zastępczy: grudzień) XXVIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2023” <i>Mielec</i> <i>Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie</i> <i>(tel. 515 170 815,</i> <i>ks.oil.rzeszow@gmail.com)</i> <i>Zbigniew Bober</i> <i>(tel. 507 384 281,</i> <i>byniub@interia.pl)</i>	2 GRUDNIA V Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy i Ich Rodzin w Tenisie Stołowym <i>Chorzów</i> <i>Śląska Izba Lekarska</i> <i>Małgorzata Grabska-Wnęk</i> <i>(tel. 607 332 706,</i> <i>malgorzatagrabskawnek@gmail.com)</i>
GRUDZIEŃ XII Podkarpackie Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie o Puchar Prezesa <i>Nowa Wieś k. Rzeszowa</i> <i>OIL w Rzeszowie</i> <i>(tel. 515 170 815,</i> <i>ks.oil.rzeszow@gmail.com)</i> <i>Alek Micał</i> <i>(tel. 603 927 870)</i>	2023			



Zjazdy koleżeńskie

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AMG W GDAŃSKU, ROCZNIK 1973

19 maja 2023 r. o godz. 12.00 odbędzie się jubileusz odnowienia dyplomu lekarza. Miejsce: ATHENEUM GEDANENSE NOVUM GUMED, Al. Zwycięstwa 41/42. Zgłoszenia prosimy przesłać na adresy mailowe lub telefon: Danuta, Mieczysław Janiszewscy - mjanisz1@wp.pl, tel. 605 907 707; Jerzy Lasek - jlasek@gumed.edu.pl. Formularze zgłoszenia wyślemy drogą mailową lub pocztą. Koleżanki prosimy o podawanie nazwisk, jakie figurują na dyplomie.

60-LECIE UZYSKANIA DYPLOMU WYDZIAŁ LEKARSKI I ODDZ. STOMATOLOGII AM W POZNANIU, ROCZNIK 1957-1963

Uroczystość odbędzie się 20 maja 2023 r. w Poznaniu w Sali Lubrańskiego Collegium Minus UAM ul. Wieniawskiego 1. Program: godz. 12:15 Msza św. Kościół ul. Fredry 11, godz. 14:00 uroczystość, godz. 16:00 spotkanie koleżeńskie (restauracja Hotel Merkury). Zgłoszenia tel. 601 646 043, opłata 300 zł do 20 marca 2023 r. Konto: Santander Bank - Andrzej Krzak. Nr 06 1090 1160 0000 0000 1600 6249 z dopiskiem „jubileusz”. Kontakt: e-mail: akrzak@vp.pl

UWAGA ABSOLWENCI AM W POZNANIU 1958

Z okazji 65-lecia uzyskania absolutorium (1958) zapraszamy na spotkanie koleżeńskie w restauracji „Estella” w Poznaniu, ul. Węgorka 20 dnia 27 maja 2023 r., godz. 14.00. Zgłoszenia do 15 kwietnia 2023 r. Koszt udziału: absolwent 280 zł, osoba towarzysząca 250 zł. Wpłata do 30 kwietnia 2023 r. na konto Antoni Dmochowski, Marian Krawczyński 42 2490 0005 0000 4000 7509 5812 Kontakt: MK tel. 603 778 807, e-mail: krymar@vp.pl

ZJAZD ABSOLWENTÓW ŚLĄSKIEJ AM (1972-1978) 45 LAT

Zapraszamy na jubileuszowy zjazd koleżeński w dniach 2-4 czerwca 2023 r. w hotelu Kotarz w Brennej. Koszt uczestnictwa w pokoju 2-osobowym i imprez towarzyszących wynosi 540 zł. Kontakt: Adam Tiszler, tel. 602 31 26 36, e-mail tiszler@gmail.com. Zgłoszenia i wpłaty do 30 kwietnia 2023 r. na konto 85 1050 1386 1000 0002 0435 7990. Do zobaczenia.

WYDZIAŁ STOMATOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ W KRAKOWIE, 40-LECIE

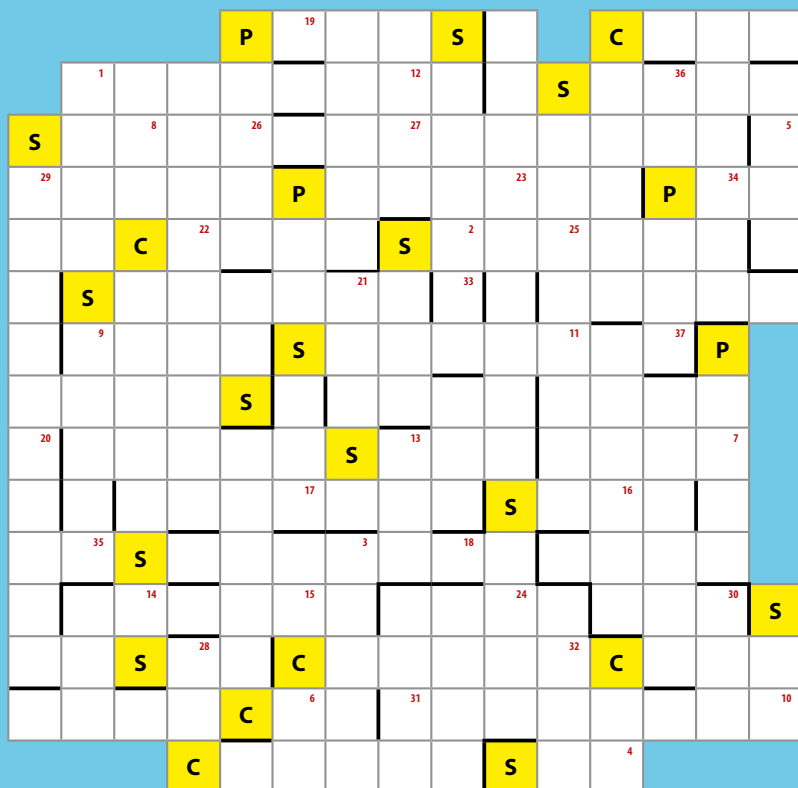
16 września 2023 r. w Krakowie odbędzie się spotkanie koleżeńskie rocznika 1982/83. Zgłoszenia uczestnictwa do 31 maja 2023 r. Miejsce i godzina w późniejszym terminie. Kontakt z organizatorami: Magdalena Siudzińska (d.d.Boryczko), e-mail: msiudzinska@interia.pl, tel: +48 601 377 590 (SMS proszę podpisać ew. dwoma nazwiskami).

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO CMUJ W KRAKOWIE, ROCZNIK 1984

W imieniu organizatorów spotkania lekarzy rocznik 1984 wydziału lekarskiego zapraszamy na spotkanie koleżeńskie 7 października (sobota) w Brzesku. W programie m.in. bankiet w niezwykle atrakcyjnym Pałacu Goetzów. Szczegóły: Andrzej Fugiel, kontakt telefoniczny i WhatsApp +48 604 299 111 lub e-mail: fugiel@mp.pl. Kolejne spotkanie (40 lecie!) planowane jest 15 czerwca 2024 r. Organizatorzy: Ewa Cichocka-Jarosz i Andrzej Fugiel



Ogłoszenia



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

