

GAZETA LEKARSKA

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

PODATKI
BĘDĄ ZMIANY
W PRZEPISACH O NAJMIE
KRÓTKOTERMINOWYM

PRAKTYKA
NA PRZEMOC SEKSUALNĄ
WOBEĆ DZIECI TRZEBA
REAGOWAĆ

STOMATOLOGIA
ROZSZERZONY KATALOG
ŚWIADCZEŃ TYLKO NA PAPIERZE

JAK PRZEKONAĆ DO SZCZEPIEŃ

- ROŚNIE LICZBA ZACHOROWAŃ NA KRZTUSIEC I ODRĘ
- ANTYSZCZEPIONKOWCOM SPRZYJA DEZINFORMACJA
- ROZMOWA Z PACJENTEM: BEZ STRASZENIA I PATRZENIA Z GÓRY
- RUSZA KONTROLA GIS

W TYM WYDANIU
**SCHEMAT: CO ROBIĆ
PODCZAS
INTERWENCJI
POLICJI**



Potrzebujemy aktywności, a nie intryg

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Zadaniem Naczelnej Rady Lekarskiej oraz moim jako prezesa NRL jest reprezentowanie środowiska lekarskiego i dbanie o warunki wykonywania zawodu lekarza. Widoczne na zewnątrz i podkreślane przez niektórych członków naszego środowiska podziały w znaczącym stopniu to utrudniają. Nasz głos, mocno słyszalny jeszcze niedawno, kiedy broniliśmy lekarzy przed zarzutem „pazerności” lub gdy walczyliśmy o możliwość certyfikacji umiejętności lekarskich przez izby, dziś jest marnowany na odpowiadanie dziennikarzom i politykom na pytanie, co właściwie dzieje się w samorządzie.

Na posiedzeniu NRL z ust jednego z prezesów usłyszeliśmy, że „konflikt zaczął się w momencie wyboru Jankowskiego na prezesa NRL”. Słowa te zostały powtórzone w mediach. Odbieram to jako szczerą deklarację: w samorządzie jest grupa osób, która nie ukrywa, że nie zaakceptowała demokratycznego wyboru większości. Rozumiem emocje, jednak trudno mi pogodzić się ze środkami ich wyrazu. Przypominają bardziej brutalną grę polityczną niż samorządowe standardy. Po sukcesie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy i uchwaleniu nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz regulaminu wyborów obserwowaliśmy najpierw próby podważenia tych osiągnięć przez kilku samorządowców, a następnie brutalizację trwających od początku kadencji ataków na zarząd NIL, co zakończyło się tworzeniem i kolportowaniem prezentacji multimedialnych, złożonych ze zmanipulowanych screenów prywatnych rozmów członków NRL, a także próbą wywołania samorządowego kryzysu przez kilku działaczy.

Z przykrością obserwuję aktywność oficjalnych profili internetowych niektórych okręgowych izb lekarskich na portalach społecznościowych, poprzez które atakowany jest prezes NRL oraz członkowie NRL czy Krajowej Komisji Wyborczej. Ze zdziwieniem patrzę na oficjalne newslettery kilku izb wysyłane

do delegatów, w których kolportuje się zwyczajne paszkwile na temat samorządu. Ze smutkiem konstatuje, że co najmniej kilka tzw. wstępniaków do swoich lokalnych biuletynów niektórzy prezesi poświęcili na podgrzewanie atmosfery i generowanie podziałów w środowisku. Z zażenowaniem odbieram to, że po każdym posiedzeniu NRL kilka osób – wciąż tych samych – wydzwania do mediów, próbując przedstawiać zmanipulowany przekaz. W zalewie brudnych zagrywek nie słyszałem żadnych konstruktywnych propozycji zmian w samorządzie. Widzę jedynie chęć destrukcji, której osoby tworzące dziś NIL przeciwstawiają swoją aktywność, zaangażowanie i sukcesy. W naszym środowisku nie trwa już konflikt o obecny zarząd NIL – trwa dyskusja o wartościach, których chcemy w naszym środowisku. Czy chcemy samorządu screenów, intryg, medialnego błota i destrukcji celem walki o „władzę”, czy chcemy samorządu aktywności, skuteczności i wartości?

NRL przegłosowała niedawno zwołanie okrągłego stołu dla dyskusji o samorządzie. Działacze, którzy najgłośniej krzyczyli o potrzebie dyskusji, w trakcie głosowania byli przeciwko lub wstrzymali się od głosu. To jasny pokaz intencji i dążeń.

Choć wykreowana atmosfera zużywa energię osób działających w NIL, nie pozwalamy, żeby samorząd zagrzebał się w wewnętrznych

sporach. Powołaliśmy zespół ds. automatyzacji refundacji, którego zadaniem będzie uczestnictwo w procesie wprowadzania automatyzacji refundacji. Oznacza to przejrzanie i zaopiniowanie 4700 leków wprowadzanych do systemu. To ogromna praca, ale cel jest jasny – ułatwić pracę każdemu lekarzowi i lekarzowi dentyście w Polsce. Jestem też w stałym kontakcie z Ministerstwem Sprawiedliwości. Komisja Kodyfikacyjna Prawa Karnego zobowiązała się do końca stycznia poinformować nas o dalszych losach projektu dotyczącego klauzuli wyższego dobra. Rozpoczynamy też dyskusję o tzw. specjalistycznej poradzie pielęgniarskiej – nie ma zgody samorządu na rozszerzenie uprawnień pielęgniarek np. o krótkie znieczulenie i wyrażamy to jasno w trakcie spotkań z decydentami. Nasz Centralny Ośrodek Badań Innowacji i Kształcenia organizuje międzynarodową konferencję o danych medycznych w kontekście tzw. Europejskiej Przerzucenia Danych Medycznych (EHDS), na której będą obecni decydenci. Najbliższy rok upłynie nam pod hasłem danych medycznych, dlatego cieszy nawiązanie współpracy NIL z prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Wyraziliśmy też zdecydowany pogląd ws. lekcji edukacji zdrowotnej w szkołach, a także planów resortu dot. tzw. e-papierosów. O kolejnych projektach będziemy Państwa informować.

- 3 **Potrzebujemy aktywności, a nie intryg**
Łukasz Jankowski
- 5 **Automatyzacja refundacji – dlaczego to takie trudne**
Klaudiusz Komor
- 6 **Newsy z kraju i ze świata**
- 8 **Seks i polityka**
Piotr Kościelniak

TEMAT NUMERU

- 8 **Jak przekonać do szczepień**
W jaki sposób lekarze powinni tłumaczyć pacjentom, że szczepienia to jedna z najważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny, która chroni zdrowie, a czasami nawet ratuje życie?
- 14 **Inspektorzy sanitarni odwiedzą punkty szczepień: GIS apeluje do lekarzy**
- 15 **Wątpliwości to jeszcze nie atak**
- 16 **Lekarze powinni być ambasadorami szczepień**
- 18 **Antyszczepionkowcom sprzyja chaos i dezinformacja**

AKTUALNOŚCI

- 20 **AI zmieni medycynę, ale nie wyruguje medyka**
- 22 **Nie marnujemy doświadczenia lekarzy**

WAŻNE SPRAWY

- 25 **Co najbardziej boli pacjenta w systemie ochrony zdrowia**
- 28 **Spór w samorządzie daleki od rozwiązania**
Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w celu odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji Prezesa NRL nie będzie – przynajmniej na razie.

PODATKI I FINANSE

- 30 **Ryczałt to jedyna forma rozliczania zysków z najmu**
- 32 **Dobrostan niejedno ma imię**

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 33 **Rzetelność przede wszystkim**
- 34 **Matka już nie zawsze jest pewna**



TEMAT NUMERU STRONY 8-19

Lekarz o szczepieniach powinien pacjentom mówić zawsze i przy każdej okazji, choć nie wszystkich da się przekonać.

PRAKTYKA LEKARSKA

- 36 **Wystarczy chcieć**
Paweł Barucha
- 36 **Nowe świadczenia tylko na papierze**
- 39 **Psychoonkologia: równy dostęp do opieki**
- 42 **Schemat: co robić podczas interwencji policji**
- 44 **Piachem w tryb machiny szczepień**
Mariusz Politowicz
- 45 **List do redakcji – Tak dla sformalizowania certyfikatów**
- 46 **Przerwać krąg milczenia**
Jeśli podejrzewamy, że dziecko doświadcza przemocy seksualnej, mamy obowiązek zareagować
- 48 **Bzdury, brednie, ściek...**
Jakub Sieczko
- 50 **Święty Graal w rękach lekarzy**
- 53 **Który sektor lepszy: publiczny czy prywatny?**
Anna Gołębicza

WYWIAD LEKAR(S)KI

- 54 **Trudno się przyznać do zmęczenia**

NOWE TECHNOLOGIE

- 56 **Lepszy od najlepszego antybiotyku**
- 58 **Blockchain: jak budować bezpieczeństwo danych**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 60 **Czas sukcesów**
Jakub Kosikowski
- 60 **O tym się mówi/ Mówią o nas**
- 62 **Przełom w leczeniu bólu przewlekłego**
- 64 **Biuletyn**

PO GODZINACH

- 70 **Przylądek Dobrej Nadziei**
- 74 **Błąd malarski – Z serii**
- 76 **Hydraulik**
Jarosław Wanecki
- 77 **Przychodzi wena do lekarza**
- 78 **Olsztyńska Gloria**
- 79 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**

JEDNYM GŁOSEM

Automatyzacja refundacji – dlaczego to takie trudne

Lekarze są niezastąpieni nie tylko w leczeniu pacjentów, ale również w niedopuszczaniu do bankructwa NFZ.

Wydaje się, że w dzisiejszych czasach, kiedy algorytmy AI powoli zaczynają wyręczać ludzi w wielu dziedzinach życia, wprowadzenie tak prostej rzeczy, jak automatyczne określanie stopnia refundacji leku na recepcie nie powinno stanowić żadnego problemu. A jednak od wielu lat nic się w tej materii nie zmieniło. Od kilku kadencji Samorząd Lekarski apeluje, naciska czy wprost żąda, aby zdjąć z lekarzy ten obowiązek niepotrzebnie zajmujący czas w trakcie wizyty. W tej kadencji pojawiło się światełko w tunelu.

Minister Katarzyna Sójka 19 września 2023 r. powołała do życia Zespół ds. Prekrypcji i Realizacji Recept na Leki Gotowe i Recepturowe, który po ponad roku pracy opublikował raport jednoznacznie rekomendujący wprowadzenie automatyzacji określania stopnia refundacji leków. Co więcej, raport zespołu został przyjęty już przez ministra z kolejnego rządu. Dlaczego więc do dzisiaj nie udało się stworzyć systemu?

Problem tkwi w pieniądzach. Chodzi o to, że podstawowym warunkiem ze strony ministerstwa jest takie zautomatyzowanie procesu, aby nie doprowadziło to do wzrostu środków przeznaczonych na refundację leków przez NFZ. A jak dobrze wiemy, jest to około 17 proc. całego budżetu Funduszu i – jak równie dobrze wiemy – tych pieniędzy co roku brakuje.

Podstawowym sposobem na oszczędzanie, stosowanym przez kolejne rządy, są tzw. wskazania refundacyjne. Oznacza to, że dany lek jest refundowany, ale nie w każdym przypadku i nie dla każdego chorego. Decyduje o tym minister zdrowia przez tzw. wykazy leków refundowanych, publikowane od zeszłego roku raz na kwartał. Obecnie na takiej liście znajduje się prawie 4800 leków, z czego tylko nieco ponad 1800 jest refundowanych we wszystkich wskazaniach, w których są one zarejestrowane. W tych przypadkach system mógłby stosunkowo

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



łatwo automatycznie określić stopień refundacji – wystarczy postawić rozpoznanie przy użyciu odpowiedniego kodu ICD-10, który jest zawarty w katalogu wskazań dla danego leku.

Dużo większy problem dla systemu stanowi prawie 2900 leków, dla których to, czy refundacja przysługuje i w jakim stopniu, zależy od nieraz bardzo skomplikowanych danych klinicznych. Najlepszy komputer nie zastąpi tu lekarza..., ponieważ nie ma skąd wziąć danych wymaganych przez wykaz refundacyjny. Mamy, co prawda, w Polsce platformę P1, która już gromadzi dane medyczne wszystkich pacjentów, i mamy bardzo dobrze działający system e-recepty sprzężony z tą platformą. Jednak dotychczas P1 nie ma nigdzie w swojej bazie tego, jaki poziom HbA1C ma obecnie pacjent ani czy dotychczas zażywał dwa inne leki na daną chorobę, a takie właśnie dane są potrzebne, aby wyznaczyć stopień refundacji na recepcie.

Każdy powie: trzeba zatem uprościć wskazania refundacyjne w taki sposób, aby zawierały tylko dane, które system może znaleźć na platformie P1. Takiego jednak rozwiązania Ministerstwo Zdrowia absolutnie nie bierze pod uwagę, bo byłoby to bardzo kosztowne. Weźmy pod lupę tylko jedną grupę leków – tzw. fozyny. Obecnie te bardzo drogie (bo

nowe i nieposiadające zamienników) leki mają wskazania w cukrzycy, niewydolności serca i niewydolności nerek – licząc według rejestrów medycznych może to być około 10 mln pacjentów w Polsce. Gdyby zatem nie bardzo skomplikowane ograniczenia w refundacji, zdecydowanie zmniejszające grupę pacjentów, którym refundacja fozyn przysługuje, ta jedna grupa leków wyczerpałaby większość pieniędzy, które NFZ chce przeznaczyć na dopłaty do leków w aptekach. A tych ograniczeń dotychczas żaden program komputerowy korzystający z P1 bez pomocy lekarza nie potrafi określić, ponieważ jak wcześniej mówiliśmy, nie są one gromadzone w żadnych bazach danych. I głównie dlatego nadal nie ma jeszcze w naszym kraju automatyzacji refundacji – wygląda na to, że lekarz jest niezastąpiony nie tylko w leczeniu pacjentów, ale również w niedopuszczeniu do bankructwa NFZ. To oczywiście żart, ale to główny problem, nad rozwiązaniem którego pracują teraz wszystkie środowiska zaangażowane w rozwiązanie problemu automatyzacji refundacji.

Pomysły są, jednak prace trwają. Jedyna nadzieja w tym, że wszystkim – nawet Ministerstwu Zdrowia – zależy na tym, aby w końcu rozwiązać ten problem. Miejmy nadzieję, że przełom nadejdzie wkrótce. ●

NEWSY Z KRAJU I ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA, SYLWIA WAMEJ

Reprezentanci NRL w CMKP

Naczelna Rada Lekarska wskazała swoich dwóch przedstawicieli do zespołu powołującego dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Są to dr n. med. Mateusz Kowalczyk i dr hab. n. med. Magda Wiśniewska.

Zgodnie ze znowelizowaną ustawą o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego nabór na stanowisko dyrektora przeprowadza zespół, którego członkowie są powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zespół składa się z sześciu osób, w tym dwóch przedstawicieli NRL i jednego przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Liderami kobiety i Wielkopolska

Żyjemy dłużej w zdrowiu, ale nie w każdym województwie tak samo długo. Różnice pomiędzy poszczególnymi regionami Polski są znaczące. Ponadto tradycyjnie w statystykach lepiej wypadają kobiety niż mężczyźni.

Taki obraz wylania się z danych na temat trwania życia w zdrowiu Polek i Polaków podanych pod koniec ubiegłego roku przez Główny Urząd Statystyczny. Wynika z nich, że w 2023 r. w momencie urodzenia wyniosło ono średnio 61,3 roku dla mężczyzn i 64,6 roku dla kobiet. To odpowiednio o 1,2 roku i o 0,9 roku więcej w stosunku do 2022 r. oraz 3,8 roku oraz 3,5 roku więcej w porównaniu z danymi z 2009 r.

Wskaźnik oczekiwanego trwania życia w zdrowiu jest zróżnicowany nie tylko pod względem płci, ale również miejsca zamieszkania. Najdłuższym oczekiwanym życiem mężczyzn w dobrej kondycji zdrowotnej charakteryzują się województwa: wielkopolskie (62,9 roku), lubuskie (62,5 roku) oraz zachodniopomorskie (62,5 roku), z kolei najgorsze wskaźniki dotyczą woj. lubelskiego (59,3 roku),

podlaskiego (59,4 roku) i łódzkiego (60 lat). Podobne różnice można zaobserwować także u kobiet. Najkorzystniej sytuacja wygląda w przypadku mieszkank woj. wielkopolskiego (66,3 roku), lubuskiego (66,2 roku), zachodniopomorskiego (66,1 roku) oraz opolskiego (66 lat), a najgorzej wśród kobiet żyjących w woj. lubelskim (62,9 roku), podlaskim (63 lata), łódzkim (63 lata) i podkarpackim (63,2 roku).

Z danych przedstawionych przez GUS wynika również, że mężczyźni żyją krócej od kobiet, ale dłużej bez niepełnosprawności. Odsetek życia w zdrowiu dla Polaków wyniósł 82,1 proc., a dla Polek 78,8 proc. (średnia długość życia mężczyzn w Polsce to 74,7 roku, a kobiet 82 lata). W ciągu ostatnich kilkunastu lat wyraźnie zmniejszyła się też różnica w oczekiwanych latach przeżytych w zdrowiu pomiędzy mieszkańcami wsi i miast. O ile w 2009 r. kształtowała się ona na poziomie ok. 1,5 roku na korzyść osób żyjących w miastach, to w 2023 r. znacząco spadła do 0,2 roku.

Monitorowanie niedoborów leków

2 lutego kończy się okres przejściowy dla podmiotów posiadających pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych w ramach centralnej rejestracji w Unii Europejskiej, dotyczący zgłaszania niedoborów tych leków na Europejskiej Platformie Monitorowania Niedoborów (European Shortages Monitoring Platform, ESMP). Od tego dnia korzystanie z platformy staje się obowiązkowe. Narzędzie działa od końca listopada 2024 r. Wówczas uruchomiono jego podstawowe funkcjonalności. Od lutego ESMP jest w pełni funkcjonalna.

Jak informuje Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency, EMA), ESMP ma być remedium na

problemy z dostępnością do leków w UE. Platforma ma scentralizować i zautomatyzować zbieranie danych na temat niedoborów leków, zapewniając organom regulacyjnym bieżący dostęp do kompleksowych informacji w tym zakresie, ułatwiając tym samym działania na rzecz zarządzania problemami z dostępno-



Fot.: Freepik.com

▲ Specjalna platforma ma być remedium na problemy z dostępnością do leków w UE

ścią produktów leczniczych w całej UE i Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG) oraz zapobiegania im w przyszłości.

Źródło: EMA

Walka o dostęp do lekarza rodzinnego

Setki osób czekały w wielogodzinnej kolejce w kanadyjskim Walkerton (Ontario), aby zarejestrować się do nowej praktyki lekarza pierwszego kontaktu, która ma być uruchomiona w tym mieście – informował w połowie stycznia portal CBC News. Mieszkańcy

pomimo mroźnej i śnieżnej pogody tłumnie ruszyli do lokalu, w którym prowadzono zapisy włączające na listę pacjentów przyszłej przychodni. Choć rejestrację otwarto dopiero o godz. 10.00, pierwsi chętni zaczęli się ustawiać w kolejce dużo wcześniej. Miejsc było tylko 500, nie wszystkim się poszczęściło. Jak dowiedział się reporter CBC News, niektórzy oczekujący nie mają dostępu do lekarza rodzinnego już kilka lat. Po tak prozaicznej rzecz, jak wypisanie recepty na leki muszą ratować się wizytą w oddziale ratunkowym lokalnego szpitala.

Walkerton to niewielka miejscowość położona kilka godzin jazdy od Toronto. Mieszka tam około 5000 osób. Nie wszyscy są pod opieką lekarza rodzinnego. Podobny problem ma wielu mieszkańców innych regionów Ontario, szczególnie zamieszkujących tereny wiejskie. Jak informuje Ontario Medical Association, w całej prowincji w 2023 r. aż 2,5 mln ludzi nie miało swojego lekarza rodzinnego. Lokalny rząd podjął pewne działania, aby zminimalizować ten kryzys, jednak problem nadal występuje, co gorsza, może się pogłębiać, bo kolejni lekarze odchodzą na emeryturę. Zresztą problemy z dostępem do lekarza pierwszego kontaktu wykraczają poza Ontario. Wyniki sondażu Angus Reid Institute i Canadian Medical Association z 2023 r. pokazują, że 19 proc. Kanadyjczyków w całym kraju nie ma przypisanego lekarza rodzinnego, a 38 proc. szukało go ponad rok.

Źródło: CBC NEWS / OMA / CMA

H5N1 w Stanach

Pan American Health Organization (PAHO), czyli biuro regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dla obu Ameryk, uruchomiło interaktywny panel do monitorowania zakażeń ptasią grypą typu A(H5N1) w Ameryce Północnej i Ameryce Południowej u ludzi. Zgromadzono tam dane począwszy od 1 stycznia 2024 r. Informacje są aktualizowane raz w tygodniu. Wynika z nich, że do 17 stycznia 2025 r. odnotowano w obydwu Amerykach w sumie 67 przypadków zakażenia H5N1 u ludzi (66 w USA oraz 1 w Kanadzie). Jedna osoba zmarła. Do zgonu doszło na początku stycznia tego roku, dotyczył on starszego mężczyzny z Luizjany. Chory był wcześniej hospitalizowany i cierpiał na choroby współistniejące. To pierwsza



Fot.: pixabay.com

▲ Donald Trump uważa, że WHO nie jest w stanie funkcjonować niezależnie i bez nacisków

śmierć człowieka w USA spowodowana zakażeniem H5N1.

Zwiększoną zachorowalność na ptasią grypę wśród ludzi w USA notuje się od 2024 r. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 6 stycznia 2025 r. wydało komunikat, w którym oceniło, że ryzyko związane z H5N1 dla ogółu społeczeństwa pozostaje niskie. Organizacja podkreśliła, że nie zidentyfikowano żadnego rozprzestrzeniania się wirusa z osobę na osobę.

Źródło: PAHO / CDC

Donald Trump wycofuje USA z WHO

Nowy prezydent Stanów Zjednoczonych Donald Trump podpisał rozporządzenie wykonawcze, które wycofuje USA ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Pracujący dla niej Amerykanie trafiają na inne stanowiska w administracji.

Donald Trump podkreślał, że Światowa Organizacja Zdrowia nie jest w stanie funkcjonować niezależnie od „niewłaściwych politycznych nacisków ze strony państw członkowskich organizacji i domagała się nieuczciwych uciążliwych płatności od USA, nieproporcjonalnych wobec sum

placonych przez inne, większe kraje członkowskie”. Zdaniem Donalda Trumpa WHO wprowadzała Amerykanów w błąd. – WHO nas oszukiwało, wszyscy to robili, ale tak już nie będzie – powiedział nowy prezydent. Formalne wycofanie się z organizacji ma trwać rok, co m.in. oznacza wstrzymanie dla niej wszystkich płatności. Jak podaje Reuters, Stany Zjednoczone wniosły najpotężniejszy wkład finansowy w działania WHO i odpowiadały za ok. 18 proc. jej budżetu.

Opryszczka genitalna ma się dobrze

Ponad 20 proc. światowej populacji w wieku od 15 do 49 lat żyje z infekcjami opryszczki narządów płciowych – informuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), powołując się badania, którego wyniki opublikowano w grudniu na łamach „Sexually Transmitted Infections”, najdłużej wydawanego pisma naukowego na temat zdrowia seksualnego. To około 846 mln ludzi na świecie. Co więcej, co najmniej 42 mln ludzi rocznie ulega nowemu zakażeniu. Szacunki opracowano na podstawie kompleksowych regionalnych przeglądów systematycznych i metaanaliz częstości występowania zakażeń wirusem HSV-2 i genitalnych zakażeń wirusem HSV-1 we wszystkich regionach WHO do 2020 r.

Często infekcje opryszczki narządów płciowych nie powodują objawów lub są one niewielkie. Zdarza się jednak, że jej przebieg jest cięższy w wyniku powstawania bolesnych ran i pęcherzy narządów płciowych, które co jakiś czas nawracają. Autorzy artykułu zwracają uwagę, że aby zmniejszyć rozprzestrzenianie się wirusów HSV odpowiedzialnych za powstanie opryszczki genitalnej oraz ograniczyć ich negatywne skutki dla zdrowia, potrzeba nowych metod leczenia i szczepionek.

Źródło: WHO / sti.bmj.com

Seks i polityka

PIOTR KOŚCIELNIAK
REDAKTOR NACZELNY



Edukacja zdrowotna będzie przedmiotem fakultatywnym – czytaj: nieobowiązkowym. Doświadczenie uczy, że uczniowie na przedmioty nieobowiązkowe nie chodzą. Wolą, cytując klasyka, haratać w gałę (tak było kiedyś) albo pograć w Minera (jak nie-stety jest dziś). Oczywiście znajdą się tacy uczniowie, którzy się tym przedmiotem zainteresują – bo rodzice ich namówią albo pani wychowawczyni przekona argumentami nie do odrzucenia. Ale efektu szerokiej popularyzacji wiedzy i dobrych nawyków niestety nieobowiązkowy przedmiot szkolny nie przyniesie.

W podstawie programowej edukacji zdrowotnej znajdują się elementy, które nie budzą żadnych wątpliwości. To m.in. znaczenie profilaktyki, diety, sposoby zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, wartość szczepień ochronnych, higiena i zdrowie psychiczne, a także promocja aktywności fizycznej. Ta część bez wątplenia realizuje postulaty środowiska lekarskiego. Wprowadzenie ich do obowiązkowego programu nauczania już w najmłodszych rocznikach z całą pewnością przyczyniłoby się w przyszłości do skutecznego przeciwdziałania otyłości, cukrzycy, schorzeniom sercowo-naczyniowym czy depresji – ze wszystkim korzystnymi skutkami społecznymi i ekonomicznymi.

Ale w tejże podstawie znalazły się również inne kwestie, opisane m.in. w działach zdrowie seksualne i dojrzewanie. Nie wchodząc w dyskusję, czy rzeczywiście są one kontrowersyjne, trzeba zauważyć, że wzbudziły liczne protesty. Wystąpili przeciw takim

zapisom nie tylko „działacze prawicowi”, ale również członek koalicji rządzącej wicepremier Władysław Kosiniak-Kamysz. Na początku dostał po głowie (bo MON wtrąca się w MEN), ale wkrótce w podobnym tonie wypowiedział się kandydat na prezydenta Rafał Trzaskowski i premier Donald Tusk. Decyzja zapadła. Wiadomo – wybory.

Minister edukacji Barbara Nowacka zapowiada, co prawda, że po roku przeprowadzona zostanie ewaluacja nowego przedmiotu i zapytani zostaną o niego uczniowie i nauczyciele (nie rodzice i nie politycy). To oczywiście zasłona dymna. Bo zawsze będą jakieś wybory, przed którymi nie warto robić ruchów zmniejszających szanse „swojego” kandydata. Ale z drugiej strony zostawia to otwarte drzwi do podjęcia tematu, gdy kampania prezydencka zakończy się po myśli obozu rządzącego.

I tak oto edukacja zdrowotna została złożona na ołtarzu polityki z powodu seksu. Ale zastanawia mnie jedno. Skoro zależy nam na zdrowiu, dlaczego nie zdecydować się na płytki ukłon w stronę protestujących, cofnąć się o krok i nieco zmienić podstawę programową? Usunąć bądź złagodzić najbardziej kontrowersyjne zapisy, pozostawiając to, co naprawdę dla edukacji zdrowotnej najważniejsze? Inaczej pozostaje przekonanie, że w trójkącie: seks, polityka i zdrowie, to właśnie zdrowie zostało pominięte. •

Prof. Ernest Kuchar, kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), były przewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii (PTW), mówi, że niedostateczna wyszczepialność to problem dotyczący całego świata. I dodaje, że w niektórych państwach szczepienia są wymuszane przepisami prawa przez służby socjalne. Jednak groźba kar nie zawsze działa.

W Polsce od kilkunastu lat rośnie liczba przypadków uchylania się od obowiązkowych szczepień wśród dzieci i młodzieży. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) wynika, że w latach 2003-2009 odnotowano od 3077 do 4993 takich przypadków, przy czym w tym okresie ich liczba spadała, a nie rosła. Natomiast później liczba odmów zaczęła systematycznie pięć się w górę – w 2010 r. odnotowano 3437 takich uchyleń, w 2015 r. – 16 689, pięć lat później – 50 575, a w 2023 r. – 87 344.

Wprawdzie liczby nie kłamią, ale trzeba pamiętać o tym, że obecnie nie da się dokładnie określić, ile niezaszczepionych dzieci ma przeciwwskazania medyczne. Jest to ważne przy interpretacji łącznej liczby przypadków uchylania się od szczepień obowiązkowych.

PLACÓWKI POZ POD LUPĄ

W drugiej połowie lutego rozpoczęły się kontrole w prawie 10 tys. punktów szczepień (więcej na ten temat na str. 14). To reakcja Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS) na niedawny raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) poświęcony działalności m.in. dziesięciu Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych (PSSE) i dwudziestu placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z województw: łódzkiego, opolskiego, podkarpackiego, pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Na prawie 100 stronach opisano nieprawidłowości związane z realizacją obowiązku szczepień ochronnych dzieci

TEMAT NUMERU

Jak przekonać do szczepień

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Lekarze i lekarze dentyści mają do odegrania ważną rolę w profilaktyce chorób zakaźnych. W jaki sposób powinni tłumaczyć pacjentom, że szczepienia to jedna z najważniejszych zdobyczy współczesnej medycyny, która chroni zdrowie, a czasami nawet ratuje życie?

i młodzieży, które mogą skutkować odrodzeniem niektórych chorób zakaźnych, narażając na szwank bezpieczeństwo epidemiologiczne całej populacji.

W ocenie NIK działania GIS oraz objętych kontrolą stacji sanitarno-epidemiologicznych i jednostek POZ nie zapewniły zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) 90-95 proc. poziomu wyszczepienia przeciwko takim chorobom, jak: odra, świnka, różyczka, błonica, tężec, krztusiec, a także przeciw pneumokokom i poliomyelitis. W jednej ze skontrolowanych placówek POZ na Podkarpaciu stwierdzono wyszczepialność na poziomie zaledwie 17 proc.

Zdaniem NIK tylko jedna z dziesięciu PSSE podejmowała skuteczne działania w celu wyegzekwowania obowiązku szczepień dzieci i młodzieży, a pozostałe zrobiły to częściowo lub wcale. Od dnia powzięcia informacji o odmowie zaszczepienia do podjęcia pierwszej czynności przez stację upływało czasami 36 miesięcy, a postępowania podejmowane przez PSSE trwały średnio ok. 600 dni. W trakcie kontroli wykazano brak spójności w raportowaniu danych o osobach uchylających się od szczepień ze strony stacji sanitarno-epidemiologicznych i podmiotów POZ. Tylko cztery skontrolowane placówki



rys.: Michał Trusz

opieki podstawowej sporządzały raporty zgodnie z obowiązującymi przepisami.

POWRACAJĄCE CHOROBY ZAKAŻNE

W związku z wygaśnięciem odporności poszczepiennej i wzrostem liczby niezaszczepionych dzieci

dorośli coraz częściej są narażeni na poważne dolegliwości. Wśród powracających chorób, które – jak się wydawało – miały zniknąć już na zawsze, jest m.in. krztusiec (koklusz). Powszechny program obowiązkowych szczepień dzieci przeciwko tej chorobie zakaźnej jest prowadzony od 1960 r., dzięki czemu liczba zachorowań zmniejszyła się ponadstukrotnie. Wcześniej był częstą przyczyną zgonów i ciężkich zachorowań u dzieci poniżej 12. miesiąca życia.

Szczepienie jest jedynym znanym i potwierdzonym naukowo sposobem zapobiegania zachorowaniu na tę chorobę, ale przyjęcie szczepionki w dzieciństwie czy jako nastolatek nie daje odporności na całe życie. Przechorowanie też.

– Rośnie liczba przypadków zachorowań na krztusiec. Powodem jest nie tylko spadek zainteresowania szczepieniami dzieci wśród ich rodziców i opiekunów, ale również wygasanie odporności – przyznaje Bożena Janicka, specjalistka medycyny rodzinnej i pediatrii, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Jej opinię potwierdzają dane NIZP-PZH: w 2024 r. odnotowano 32 430 przypadków zachorowań na krztusca, to 35 razy więcej niż rok wcześniej.

– Do kliniki chorób zakaźnych w Lublinie trafiają pacjenci

z chorobami, których dawno nie widzieliśmy. Liczba zachorowań na krztusiec wzrosła w 2024 r. nawet o kilkanaście-kilkadziesiąt razy. Miały na to wpływ m.in. osoby przyjeżdżające do Polski z krajów o słabej wyszczepialności, ale częściowo jest to też konsekwencją pandemii COVID-19, kiedy kontakty międzyludzkie były ograniczone – mówi prof. Krzysztof Tomaszewicz, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Lublinie, a jednocześnie prezes Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. I dodaje, że hospitalizacje z powodu krztusca mają dość ciężki przebieg.

Innym przykładem jest odra, która przed wprowadzeniem powszechnych szczepień ochronnych była dość często występującą chorobą wieku dziecięcego, a za jej przyczyną wielu małych pacjentów trafiało do szpitala. W 2024 r. odnotowano kilkakrotny wzrost zakażeń odrą w stosunku do poprzedniego roku (279 vs 35).

NIE IGNOROWAĆ, NIE WYŚMIEWAĆ

Prof. Tomasz Sobierajski z Uniwersytetu Warszawskiego, badający od kilkunastu lat postawy Polek i Polaków wobec szczepień, apeluje, by za przeciwników tej formy profilaktyki nie uznawać każdego, kto zadaje pytania

albo ma pewne zastrzeżenia (więcej w rozmowie na str. 15). Podobny apel wybrzmiewa z przewodnika pt. „Jak odpowiadać na wątpliwości rodziców na temat szczepień? Wskazówki dla lekarzy” przygotowanego z inicjatywy NIZP-PZH przez ekspertów portalu szczepienia.info.

W liczącej prawie 140 stron publikacji zostały omówione odpowiedzi na pytania, z którymi stykają się lekarze ze strony coraz bardziej dociekliwych rodziców, np. czy w szczepionkach znajduje się żelatyna, skąd wiadomo, że preparaty z tiomersalem są bezpieczne, albo czy szczepienia zwiększają ryzyko wystąpienia chorób alergicznych. Jest w niej również odpowiedź na wiele innych pytań: jakie są sposoby na zmniejszenie stresu związanego z wizytą szczepienną, jak

Szczepienie jest jedynym
potwierdzonym naukowo sposobem
zapobiegania zachorowaniu
na krztusiec, ale przyjęcie szczepionki
w dzieciństwie nie daje odporności
na całe życie

przekonywać osoby obawiające się niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) czy jak ma zachować się lekarz, jeśli rodzic bez uzasadnienia chce rozdzielać wizyty.

Dla części pacjentów i ich rodziców szczepienia mogą stanowić coś, co przez długi czas spędza im sen z powiek z powodu obaw przed bólem, strachu przed ukłuciem igłą czy możliwością wystąpienia NOP. „Doktor Google” ten lęk nierzadko podsycza. Autorzy wspomnianej publikacji namawiają lekarzy do wyrozumiałości i cierpliwości. „To, co dla lekarza jest decyzją podjętą w jednej chwili, dla rodziców dziecka może być finałem kilkutygodniowych przygotowań. Zignorowanie lub wyśmianie obaw rodzica/dziecka przed szczepieniem może

skutkować jego zniechęceniem do szczepień w dłuższej perspektywie lub, w najgorszym przypadku, rodzice przerwą cykl szczepień ochronnych dla swojego dziecka, narażając je na groźne choroby” – podkreślają eksperci.

BEZ STRASZENIA I PATRZENIA Z GÓRY

Na to, że lekarze, a także lekarze dentyści powinni być ambasadorami szczepień, zwraca uwagę prof. Wojciech Golusiński, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, który od lat niestrudzenie apeluje o szczepienie się m.in. w ramach zapobiegania chorobom wywoływanym przez wirusa brodawczaka ludzkiego (więcej w rozmowie na str. 16-17). Żeby takie starania odniosły pożądany skutek, potrzebna jest jednak nie tylko wiedza, ale też empatia.

– Dobrym sposobem jest szczerą, otwartą rozmowę oraz zrozumienie sytuacji pacjenta. To nie jest takie trudne, bo przecież również byliśmy lub jesteśmy pacjentami czy byli nimi nasi bliscy. Lekarz także może zachorować, dlatego powinien potrafić wczuć się w sytuację pacjenta – podkreśla prof. Ernest Kuchar, którego zapytałem, w jaki sposób rozwiewać wątpliwości części społeczeństwa w kontekście szczepień. Z uwagi na to, że mogą one przedstawiać inną wartość dla każdego człowieka, warto wykorzystywać argumenty dostosowane do hierarchii wartości i przekonań pacjenta. – Ktoś nie chce ryzykować, że zachoruje i nie pojedzie na wczasy, a dla innej osoby większe znaczenie ma to, by nie zarazić rodziców w podeszłym wieku lub małego dziecka – dodaje ekspert.

Jarosław Wanecki, lekarz pediatra z wieloletnim stażem, były prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku, apeluje o budowanie mostu zaufania z pacjentami. – Nakaz całkiem niezłe łagodzi spokojna, niespieszna rozmowa. Straszanie zamyka rozmówców. Lepiej mówić o potencjalnym zdrowiu dzięki szczepieniu niż o chorobie bez szczepienia.

SZCZEPIENIA.INFO

W 2007 r. z inicjatywy NIZP-PZH we współpracy z PTW powstał portal szczepienia.info. Było to związane z planem WHO dotyczącym utworzenia sieci portali informujących o bezpieczeństwie szczepień w różnych językach. Prezentowane treści są adresowane m.in. do profesjonalistów medycznych. Informują zarówno o korzyściach płynących ze szczepień, jak również potencjalnym ryzyku związanym z możliwym występowaniem NOP. Zgromadzona tam baza wiedzy może pomóc w przekonywaniu niezdecydowanych pacjentów.

► *Niezaszczenie dziecka naraża je na chorobę i ewentualne powikłania*

Spokojne zaprzeczanie fake newsom, bez zachnień, prychnięć i traktowania ludzi jak nieuków, bo takimi nie są, przynosi większe korzyści niż wyciąganie z szuflad cyrografów prawnych – mówi płocki pediatra.

KLUCZOWA JEST WIARYGODNOŚĆ

O tym, że dawanie przykładu nie jest głównym, lecz wręcz jedynym sposobem wywierania wpływu na zachowanie innych ludzi, pisał Albert Einstein, ale do podobnych wniosków doszło już wiele osób w starożytności. I nie zmieniło się to mimo upływu czasu. Zaszczepiony lekarz ma znacznie większą szansę przekonać inne osoby do podążania za swoim przykładem, a własną postawą zaświadcza, że szczepionki są skuteczne i bezpieczne.

– Jako lekarz wiem, że regularne szczepienia mogą mnie uchronić przed chorobami wirusowymi i bakteryjnymi, dlatego regularnie korzystam z tej formy profilaktyki. Zresztą wkroczyłem już w wiek, który



foto: freepik.com

wiąże się z obniżoną odpornością i potencjalną wrażliwością na różne zakażenia – mówi Grzegorz Wrona, sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL).

– W Polsce przeciwko grypie jest zaszczepionych ok. 20 proc. lekarzy. Można to tłumaczyć m.in. tym, że jesteście zapracowani,

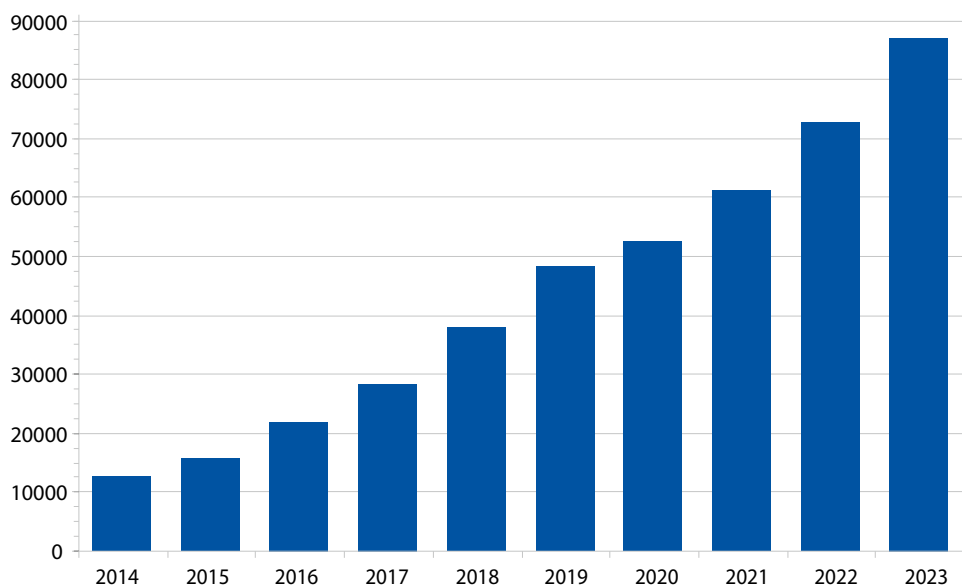
ale przecież na to, co jest dla nas ważne, zawsze należy znaleźć czas. Oczywiście, nie każdy w podobnym stopniu zna się na szczepieniach. Chirurg, neurochirurg czy psychiatra nie zajmują się na co dzień chorobami zakaźnymi. Być może za mało przekazuje się wiedzy na ten temat w czasie studiów – podkreśla prof. Ernest Kuchar.

W podobnym tonie wypowiada się Jarosław Wanecki. – Zaufanie budzi powołanie się na własne doświadczenia, zaszczepienie siebie, rodziny, dzieci i wnuków oraz postawa lekarza, który nie klika szczepienia, ale bada dziecko i mówi o korzyściach – mówi pediatra. Na pytanie, w jaki sposób lekarz może rozwiewać wątpliwości pacjentów w kontekście szczepień, w tym rodziców małych dzieci, odpowiada: – Merytorycznie, konsekwentnie i różnorodnie. Trzeba rozmawiać nie tylko z rodzicami maluchów, ale intensywnie dyskutować i szkolić własne kadry. Bez względu na specjalność i może nawet obowiązkowo w trybie szkoleń podyplomowych – dodaje.

CO ROBI SAMORZĄD LEKARSKI

W promocję szczepień aktywnie angażuje się samorząd lekarski. W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie wielokrotnie były wykonywane pokazowe

LICZBA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEZASZCZEPIONYCH Z POWODU UCHYLANIA SIĘ OD OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ W LATACH 2014-2023



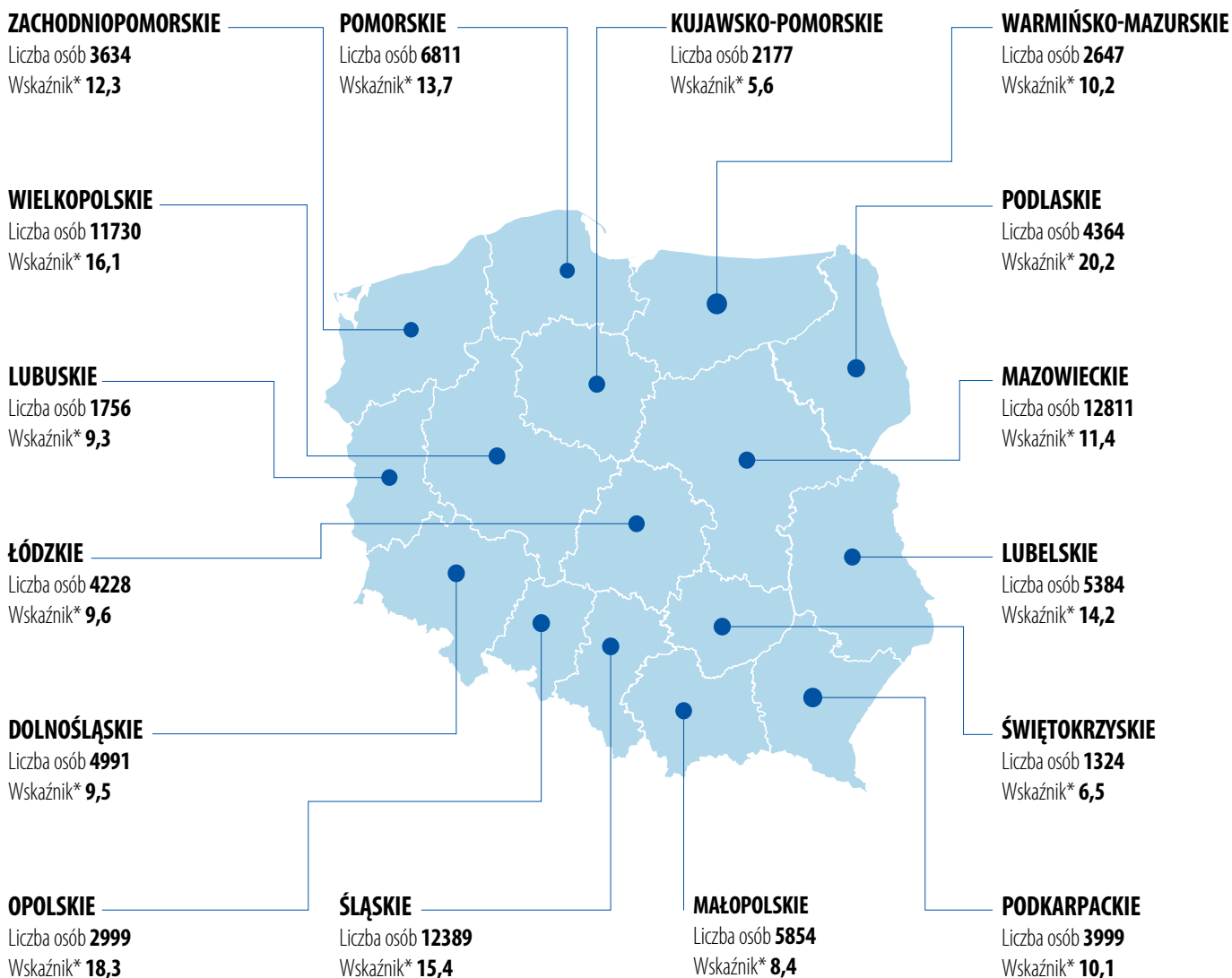
Źródło: NIZP-PZH, GIS, „Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 roku”, Warszawa 2024

LICZBA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEZASZCZEPIONYCH Z POWODU UCHYLANIA SIĘ OD OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ W 2023 ROKU WEDŁUG WOJEWÓDZTW

POLSKA

Liczba osób **91679**

Wskaźnik* **11,9**



* Na 1000 osób w wieku 0-19 lat, uwzględnionych w sprawozdaniach

Źródło: „Kwartalne sprawozdania z nadzoru nad kartami uodpornienia i przypadkami uchylania się od obowiązkowych szczepień ochronnych” (cyt. za: NIZP-PZH, GIS, „Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 roku”, Warszawa 2024)

► *Szczepienia powinny nam towarzyszyć od urodzenia do późnej starości*

szczepienia przeciwko grypie, w czasie których w obecności kamer i błysków fleszy szczepili się członkowie NRL. – W medycynie jest kilka słupów miłowych, a jednym z najważniejszych są szczepienia. Samorząd lekarski, korzystając z wiedzy wielu specjalistów i ekspertów, pomaga w przygotowywaniu metodologii populacyjnej. Nie robią tego organy samorządu, lecz lekarze będący jego członkami, a podobnie sprawa wygląda z opracowywaniem szczepionek przez naukowców, którzy często wywodzą się z naszego środowiska – tłumaczy Grzegorz Wrona.

Odmawianie szczepień obowiązkowych stanowi zagrożenie dla reszty społeczeństwa, w tym m.in. dla osób, które nie mają nic przeciwko tej formie profilaktyki, a nie mogą przyjąć żadnej dawki np. z powodu chorób przewlekłych. Nie powinno więc dziwić, że w nagłaśnianie problemu włączają się izby okręgowe. – Kilka lat temu przeprowadziliśmy akcję „Szczepię się dla Was”, podczas której zaszczepiliśmy się, aby nie zarażać swoich pacjentów i móc bezpiecznie pracować. Byłem jednym z pierwszych zaszczepionych w tej akcji lekarzy – wspomina Marcin Karolewski, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej (WIL).

Część izb zapewnia bezpłatne szczepienia swoim członkom albo zwraca koszty poniesione z tego tytułu. Są także organizowane konferencje szkoleniowo-edukacyjne. Miniony rok WIL ogłosiła „Rokiem Szczepień Ochronnych” i zainaugurowała akcję „Szczepienie otula”. – To pozytywna inicjatywa, która nie ma straszyć, ale rozwiewać wątpliwości, edukować pacjentów, lekarzy i inne zawody medyczne. Odbyły się konferencje prasowe, naukowe, webinary oraz szkolenie dla edukatorów z Sanepidu – mówi Marcin Karolewski.

NIE TYLKO SENIORZY, NIE TYLKO ZIMĄ

– Szczepienia powinny nam towarzyszyć od urodzenia do późnej starości. To nie jest takie oczywiste dla ogółu społeczeństwa, bo o ile jeszcze o dzieciach ludzie wiedzą, to gorzej jest już z tym, że osoby starsze także trzeba



foto: freepik.com

szczepić – podkreśla prof. Jacek Wysocki, kierownik Katedry i Zakładu Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przewodniczący PTW.

O profilaktyce warto mówić przez cały rok, a nie tylko w okresie zimowym, mimo że wtedy

Odmawianie szczepień obowiązkowych stanowi zagrożenie dla reszty społeczeństwa, w tym m.in. dla osób, które nie mają nic przeciwko tej formie profilaktyki, a nie mogą przyjąć żadnej dawki np. z powodu chorób przewlekłych

rośnie liczba zgonów z powodu zapalenia płuc, które stanowi najczęstsze powikłanie po zakażeniu grypowym. Z danych Centrum e-Zdrowia wynika, że w 2023 r. wśród hospitalizowanych pacjentów liczba zgonów spowodowana zapaleniem płuc przekroczyła 27 tys.

– Powikłania po grypie występują u ok. 6 proc. chorych i mogą ujawnić się w ciągu pierwszych kilkunastu dni trwania infekcji lub nawet w kilka tygodni po jej zakończeniu. Wśród nich są oczywiście osoby zdrowe bez chorób przewlekłych – wymienia prof. Adam Antczak, przewodniczący Rady Naukowej Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Chorób Infekcyjnych, do niedawna znanego jako Ogólnopolski Program Zwalczenia Grypy. To inicjatywa zrzeszająca ekspertów medycznych, którzy działają na rzecz podniesienia wyszczepialności w społeczeństwie.

– Ryzyko ciężkiego przebiegu grypy i wystąpienia komplikacji jest zdecydowanie wyższe u osób powyżej 65. roku życia oraz u dzieci, przede wszystkim u niemowląt i do piątego roku życia. Dodatkowo do grupy ryzyka zalicza się kobiety w ciąży, osoby z chorobami przewlekłymi i niedoborami odporności – podkreśla prof. Adam Antczak. Szczepienia przeciwko grypie są wykonywane w podmiotach leczniczych i od niedawna w wybranych aptekach. ●

TEMAT NUMERU

Inspektorzy sanitarni odwiedzą punkty szczepień: GIS apeluje do lekarzy

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

W drugiej połowie lutego pracownicy Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych rozpoczną gromadzenie danych zawartych w kartach uodpornienia, które prowadzą osoby przeprowadzające szczepienia ochronne.

Główny Inspektor Sanitarny (GIS) dr Paweł Grzesiowski powiedział podczas konferencji prasowej, która odbyła się w połowie grudnia: – W obecnym systemie „papierowej dokumentacji” nie ma możliwości określenia precyzyjnie odporności populacyjnej, jak również które z niezaszczepionych dzieci mają przeciwwskazania medyczne, a ile nie zgłasza się na szczepienia z powodu odmowy rodziców. Wiele osób niezaszczepiających dzieci to nie są zdeklarowani przeciwnicy szczepień, ale osoby, które straciły do nich zaufanie pod wpływem nierzetelnych informacji krążących w przestrzeni publicznej.

W ocenie dr. Grzesiowskiego obecny system nadzoru nad szczepieniami obowiązkowymi jest anachroniczny, ponieważ opiera się na dokumentacji papierowej przechowywanej w gabinetach szczepień. Poinformował też o planowanej kontroli, która ma objąć prawie 10 tys. punktów szczepień.

TYLKO OBOWIĄZKOWE

– W obowiązkowych szczepieniach ochronnych kluczową sprawą jest odporność populacyjna, czyli jaki procent dzieci i młodzieży jest zaszczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień. Dzisiaj jesteśmy na takim etapie, co zresztą potwierdziła ostatnio Najwyższa Izba Kontroli, że nie potrafimy odpowiedzieć na pytanie: ile dzieci jest zaszczepionych, a ile nie. W związku z tym podjąłem decyzję, byśmy po raz pierwszy w powojennej historii dokonali ogólnopolskiej inwentaryzacji kart szczepień – mówi dr Paweł Grzesiowski w rozmowie z „Gazetą Lekarską”.

Chodzi o spis z natury obejmujący dokumentację ok. 7,5 mln dzieci i młodzieży do ukończenia 19 lat, zarówno zaszczepionych,

jak i niezaszczepionych. Kontrola obejmie punkty szczepień korzystające ze szczepionek zakupionych przez ministra zdrowia, a także te, które korzystają z preparatów zakupionych przez rodziców. Jak podkreśla dr Grzesiowski, nie należy się jej obawiać.

– Odwiedzimy punkty, które wyślą sprawozdanie ze szczepień ochronnych MZ-54. Pragnę podkreślić, że kontrola jest ograniczona do danych zawartych w kartach uodpornienia w zakresie szczepień obowiązkowych, co oznacza, że nie będziemy sprawdzać takich kwestii, jak np. łańcuch chłodniczy czy warunki sanitarne – mówi dr Grzesiowski. Dodaje, że kierowanej przez niego instytucji zależy na sprawnym przebiegu kontroli i przygotowaniu przez punkty szczepień m.in. wykazu objętych opieką dzieci i młodzieży do 19. roku życia oraz wszystkich kart szczepień według roczników urodzenia. – Każda zostanie zweryfikowana przez inspektora – podkreśla GIS.

ELEKTRONICZNA KARTA

– Liczę na wsparcie ze strony środowiska lekarskiego i pielęgniarskiego, bo cel jest ważny: określimy poziom odporności populacyjnej wobec 13 chorób objętych kalendarzem szczepień obowiązkowych – mówi dr Grzesiowski. I dodaje, że kontrola GIS jest jednym z ważnych elementów poprzedzających wprowadzenie elektronicznej karty szczepień. E-karta umożliwi bieżący

dostęp do danych, w tym informacji o przyczynach niezaszczepienia, oraz usprawni komunikację z Powiatowymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi (PSSE) i rodzicami, przyspieszając reakcję na przypadki opóźniania szczepień.

– Dzięki elektronicznej karcie szczepień lekarze nie będą musieli wprowadzać danych historycznych, bo zrobimy to już w trakcie kontroli, a gabinety szczepień nie będą musiały „produkować” kwartalnych czy rocznych raportów – mówi dr Paweł Grzesiowski.

POROZUMIENIE Z SAMORZĄDEM

Kwestia szczepień była jednym z tematów spotkania Głównego Inspektora Sanitarnego z prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej Łukaszem Jankowskim, do którego doszło w połowie stycznia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w Warszawie. Zostało wówczas podpisane porozumienie o współpracy, mające na celu podnoszenie jakości kształcenia w obszarze ochrony zdrowia oraz wymianę wiedzy i doświadczeń.

„Wspólna inicjatywa ma zaowocować organizacją szkoleń oraz konferencji naukowych, które umożliwią lekarzom i lekarzom denty stom nabycie nowych umiejętności oraz aktualizację wiedzy w obliczu dynamicznie zmieniającego się środowiska medycznego” – poinformowano w komunikacie opublikowanym na stronie NIL. •

TEMAT NUMERU

Wątpliwości to jeszcze nie atak

Lekarz o szczepieniach powinien pacjentom mówić zawsze i przy każdej okazji, choć nie wszystkich da się przekonać – mówi prof. Uniwersytetu Warszawskiego

Tomasz Sobierajski w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Od czasu do czasu w mediach pojawiają się alarmujące głosy, że spada skłonność do szczepień. Czy potwierdzają to Pana badania?

Od wielu lat uzyskuję podobne wyniki: 2-5 proc. ankietowanych stanowią osoby deklarujące niechęć do tej formy profilaktyki. Natomiast kiedy pytam lekarzy, okazuje się, że w ich opinii przeciwna szczepieniom jest co druga osoba. Część lekarzy za przeciwników szczepień uznaje każdego, kto zadaje pytania albo wyraża jakiegokolwiek wątpliwości. Niemniej trzeba nadmienić, że z roku na rok zwiększa się liczba rodziców, którzy odmawiają wykonania szczepień obowiązkowych swoich dzieci.

Jakie są powody niezdecydowania, a czasami wręcz niechętniej postawy wobec tej formy zapobiegania chorobom zakaźnym?

Przyzwyczajiliśmy się do szukania ich „na zewnątrz”, że to skutek rozpowszechniania fałszywych informacji o szczepieniach, za czym stoi m.in. działalność zorganizowanych grup antyszczepionkowych. Ale za mało mówi się o tym, że sytuacja mogłaby być lepsza, gdyby osoby związane z opieką zdrowotną miały wystarczającą wiedzę na ten temat. Tymczasem ze znakomitej większości badań, które prowadziłem m.in. wśród studentów kierunków medycznych oraz osób zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia, zarówno medyków, jak i pracowników niemedycznych, wynika, że zwykle mają niewystarczającą wiedzę o szczepieniach.

Gdzie jest najlepiej?

Między innymi wśród osób pracujących z małymi dziećmi. Przez długie lata przyzwyczajaliśmy się, że szczepienia są domeną pediatrii, co nie jest prawdą, ponieważ mamy opracowany kalendarz szczepień dla osób dorosłych, które mogą być przyjmowane przez całe życie. Pacjenci, zwłaszcza chorujący przewlekle, powinni być informowani przez lekarzy



foto: archiwum prywatne

różnych specjalizacji o możliwości zaszczepienia się m.in. przeciwko grypie czy COVID-19.

Lekarze skarżą się, że mają bardzo mało czasu...

Nie przekonuje mnie ten argument. Zdaję sobie sprawę z tego, że w gabinecie jest mało czasu, ale poinformowanie pacjenta o szczepieniach zajmuje 30-60 sekund. O szczepieniach trzeba mówić zawsze i przy każdej możliwej okazji, niezależnie od tego, czy lekarz jest kardiologiem, ginekologiem, chirurgiem, czy nefrologiem. Niestety lekarze na ogół nie rozmawiają z pacjentami na temat szczepień. Z badań, które przeprowadziłem we wrześniu 2024 r., wynika, że tylko 2 proc. pacjentów powyżej 60. roku życia cokolwiek usłyszało od lekarza na temat szczepień przeciw pneumokokom, które są szczególnie zalecane m.in. dla tej grupy wiekowej. To wynik w granicach błędu statystycznego, więc można uznać, że lekarze w ogóle nie informują seniorów o tym szczepieniu.

W jaki sposób lekarz powinien rozmawiać z pacjentem?

◀ *dr hab. n. med. i n. o zdr., dr n. hum. Tomasz Sobierajski, prof. Uniwersytetu Warszawskiego, od kilkunastu lat bada postawy Polek i Polaków wobec szczepień*

Obecnie odchodzi się od dywagacji z pacjentami, którzy zazwyczaj nie mają wystarczającej wiedzy o szczepieniach, na rzecz poinformowania ich o tym, przeciwko czemu i kiedy mogą się zaszczepić. Zamiast zapytać: „Czy nie myślała pani o tym, aby...?” albo „Czy nie zastanawiał się pan kiedykolwiek o zaszczepieniu się przeciwko...?”, informujemy: „Panie Janie, ma pan 60 lat. Powinien pan zaszczepić się przeciwko...” lub „Pani Alino, w związku z tym, że choruje pani przewlekle, powinna się pani zaszczepić. Kiedy się umawiamy?”.

Jak reagować na pytania padające ze strony osób podważających sens szczepień?

Ze spokojem. W wielu przypadkach pacjentom nie potrzeba wyrafinowanych wykładów na temat szczepień, ale pewności, że one doskonale chronią przed wieloma chorobami i że jest to najlepsza profilaktyka w dziejach ludzkości. Jeśli ktoś wyraża wątpliwości, to zapytajmy, gdzie o nich usłyszał lub przeczytał, i spróbujmy je rozwiązać. Zainteresowane osoby można odesłać m.in. do strony internetowej Ministerstwa Zdrowia lub portalu szczepienia.info.

Czy nieprzekonanych da się przekonać?

Nie. Czasami do gabinetu lekarskiego przychodzą osoby, które twierdzą, że szczepienia to zło. Ich oczywiście nie przekonamy. Ale nie traktujemy zwyczajnych wątpliwości i pytań jako ataku. ●

TEMAT NUMERU

Lekarze powinni być ambasadarami szczepień

W Polsce przeciw HPV zaszczepionych jest tylko 18 proc. uprawnionych osób. To zdecydowanie za mało – przekonuje **prof. Wojciech Goluśński**, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej UM w Poznaniu, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Dlaczego warto zaszczepić się przeciwko HPV?

Wirus brodawczaka ludzkiego zmienił epidemiologię nowotworów głowy i szyi oraz nowotworów narządu rodowego. Charakteryzują się one bardzo dynamicznym wzrostem i szybką progresją, a pacjenci trafiają do szpitala w stanie zaawansowanym, który trudno leczyć. Mamy dramatyczny wzrost liczby zachorowań zwłaszcza w grupie młodych dorosłych, tj. poniżej 45. roku życia zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.

Wiele mówi się o tym, że najczęstszym nowotworem złośliwym wywoływanym przez HPV jest rak szyjki macicy, ale szczególną uwagę warto zwrócić także na nowotwory głowy i szyi, które poprzez swą lokalizację powodują katastrofalne obniżenie jakości życia. To rejon odpowiedzialny za podstawowe funkcje życiowe, takie jak komunikacja i oddychanie. Obejmuje on górny odcinek przewodu oddechowo-pokarmowego. Najczęściej nowotwory HPV-zależne lokalizują się w obrębie jamy ustnej i gardła środkowego (migdałki podniebienne). Ze względu na bogate unaczynienie w tych okolicach nowotwory rozwijają się jak tsunami. Szczepionka to fantastyczne narzędzie do walki z rakiem, u podłoża którego znajduje się ten wirus.

Kto powinien się zaszczepić?

Szczepionki przeciwko HPV mają największą skuteczność wśród dzieci i młodzieży, chroniąc je przed chorobami wywoływanymi przez tego



foto: archiwum prywatne

◀ **Prof. Wojciech Goluśński** jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, kierownikiem Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej w Wielkopolskim Centrum Onkologii i byłym prezydentem Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi

wirusa. W ramach powszechnego programu szczepień refundowane są szczepionki dla dziewcząt i chłopców od 9. do 14. roku życia. Nie jest to szczepienie obowiązkowe, choć zalecane. Warto, by lekarze zachęcali do udziału w tym programie, tym bardziej że są one całkowicie bezpłatne dla tej grupy.

Cały czas mówimy o grupie ludzi bardzo młodych. A co z osobami starszymi?

Dorosłych szczepienie przeciwko wirusowi HPV także może uchronić przed zachorowaniem na nowotwór. We wspomnianym programie wyznaczone są granice

refundacji szczepionek w oparciu o badania światowe, ale to oczywiście nie oznacza, że siedemnasto- czy osiemnastolatek albo ktoś starszy nie jest już narażony na nowotwory wywoływane przez HPV.

Kto powinien zachęcać pacjentów do tej formy profilaktyki?

Jeśli chodzi o HPV, to wielką rolę do odegrania mają przede wszystkim lekarze rodzinni, laryngolodzy oraz stomatolodzy. W łańcuchu popularyzacji szczepień bardzo ważnymi osobami są lekarze dentyści, ponieważ odgrywają kluczową rolę we wczesnym rozpoznawaniu nowotworów

głowy i szyi. W czasie wizyty powinni badać całą jamę ustną, dokładnie oglądając m.in. przedsionek jamy ustnej, język czy gardło środkowe.

Potrzebna jest jednak edukacja wszystkich pracowników ochrony zdrowia, którzy powinni być ambasadorami szczepień. Zdarza się przecież, że sąsiedzi pytają znajomego lekarza czy pielęgniarkę o poradę lub opinię na ten temat.

Ile osób szczepi się przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego?

Szacuje się, że w populacji uprawnionej do szczepień przeciw HPV w Polsce jest zaszczepionych ok. 18 proc. osób. To zdecydowanie za mało. Na pierwszym miejscu w Europie jest Szwajcaria, gdzie zaszczepiło się ok.

75 proc. docelowej populacji. W Czechach, na Słowacji, na Węgrzech, w Rumunii i Bułgarii oraz krajach nadbałtyckich jest niestety podobnie jak u nas. W Europie Środkowo-Wschodniej musi upłynąć jeszcze trochę czasu, aby sytuacja uległa zmianie.

Co można robić już teraz?

Niezbędna jest edukacja zdrowotna i większa dbałość o profilaktykę. Warto uświadamiać całe społeczeństwo. Czasami słychać westchnienia, że dobrze by było, gdyby ludzie przestali chorować na nowotwory, a przecież już teraz można im zapobiegać dzięki zaszczepieniu się przeciwko HPV.

Niedawno Senat RP podjął uchwałę o ustanowieniu roku 2025 Rokiem Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki. W ten sposób izba wyższa parlamentu chce włączyć się m.in. w działania zwiększające świadomość zdrowotną Polek i Polaków oraz promowanie badań profilaktycznych. Cieszę się, że powstała taka inicjatywa, bo powinna ona pomóc w dotarciu do wielu osób z podstawową wiedzą na temat szczepień. ●

W SKRÓCIE

Do zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (ang. human papillomavirus – HPV) dochodzi przede wszystkim drogą kontaktów seksualnych. W Polsce wykonywane są bezpłatne szczepienia w ramach powszechnego programu szczepień przeciw HPV. Jak informuje Ministerstwo Zdrowia, objęte są nim dziewczęta i chłopcy po ukończeniu 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia. Dodatkowo szczepionka przeciw HPV jest bezpłatna dla wszystkich od 9. do 18. roku życia, a dla dorosłych z 50-proc. refundacją. Na szczepienie można się zapisać w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej oraz za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i aplikacji mojejKP.

reklama

TEMAT NUMERU

Antyszczepionkowcom sprzyja chaos i dezinformacja

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Opanowują internet, przenikają do telewizji i prasy, a nawet do środowisk medycznych. Nie skupiają już tylko zwolenników teorii spiskowych niemających poparcia w nauce, ale także osoby, które tę naukę reprezentują.

Antyszczepionkowcy nie odpuszczają i przyjmują coraz bardziej wyszukane formy działania.

Pod koniec grudnia na YouTube ukazał się wywiad dziennikarza Polsatu Bogdana Rymanowskiego z doktorem nauk biologii medycznej Piotrem Witczakiem, który wypowiada się na wiele tematów związanych z medycyną, m.in. autyzmu, pandemii COVID-19, strategii działań Światowej Organizacji Zdrowia, leczenia nowotworów oraz szczepionek i szczepień. Uważa on, że za wieloma działaniami podejmowanymi na rzecz zdrowia kryją się interesy firm produkujących leki i szczepionki.

ZA FASADĄ NAUKI

Witczak pracował w rządowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Specjalizował się w ocenie skuteczności i bezpieczeństwa leków. Obecnie współpracuje m.in. z Fundacją Ordo Medicus, która – jak deklarują jej założyciele – jest oddolną, społeczną inicjatywą lekarzy i naukowców na rzecz zdrowia, wolności, prawdy i niezależnej nauki. Poglądy Witczaka wywołały wrzawę w wielu środowiskach naukowych i medycznych, a Rzecznik Praw Pacjenta zgłosił jego działania do prokuratury.

Co na to samorząd lekarski? Magda Wiśniewska, była prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie i koordynatorka Rady Ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej, zastrzega, że Piotr Witczak nie jest lekarzem, Naczelna Rada Lekarska ma więc ograniczone możliwości przeciwdziałania głoszonym przez niego treściom. Antyszczepionkowcom mówi jednak zdecydowane „nie” i na

potwierdzenie tych słów powołuje się na stanowiska podejmowane wielokrotnie przez NRL w tej sprawie. Zaznacza, że są narzędzia, aby przeciwdziałać działaniom lekarzy, którzy leczą niezgodnie z zasadą

Z chaosu informacyjnego wyciągane są tylko informacje potwierdzające głoszone teorie i interpretowane na własny użytek, tak dochodzi do manipulacji

Evidence-Based Medicine i wstępują przeciwko szczepieniom, ale nie dotyczą one środowisk pozamedycznych.

– W sytuacji gdy lekarz łamie te zasady, można zgłosić sprawę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej i wszcząć wobec niego postępowanie. Ubolewamy jednak, że wśród nas są takie osoby – mówi Magda Wiśniewska.

APEL RADY EKSPERTÓW NIL

Wiele z nich skupia się w Polskim Stowarzyszeniu Niezależnych Lekarzy i Naukowców (PSNLiN) i podważa skuteczność i bezpieczeństwo szczepień, ostatnio przeciwko HPV. W ramach akcji „Ratujmy nasze dzieci” wystosowali oni pismo do dyrektorów szkół ostrzegające przed szczepieniami przeciwko HPV, twierdząc, że brakuje wystarczających dowodów na skuteczność tej szczepionki w zapobieganiu rakowi szyjki macicy, za to szczepienia te powodują skutki uboczne.

Lekarze zrzeszeni w PSNLiN akcją antyszczepionkową prowadzą też przeciwko szczepieniom COVID-19. Rada Ekspertów NIL zajęła stanowisko w tej sprawie i przypomina, że zniechęcanie przez lekarza do szczepień profilaktycznych stanowi naruszenie art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i apeluje, aby sprawą zajął się Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

RZETELNA INFORMACJA I EDUKACJA

Ruchy antyszczepionkowe mają długą historię i sięgają czasów, kiedy dopiero wprowadzano pierwsze szczepionki na rynek. W XIX wieku szczepionki były czymś nowym, niezrozumiałym i budziły nieufność wśród ludzi. W ówczesnej prasie krążyły nawet grafiki ostrzegające, że pod wpływem szczepień ludzie mogą się zmieniać w zwierzęta. Obecnie, kiedy jest łatwy dostęp do wiedzy i najnowszych doniesień naukowych, negowanie korzyści zdrowotnych wynikających z ich stosowania wydaje się absurdalne. Jednak okazuje się, że uzasadnione.

– Mamy do czynienia z chaosem i dezinformacją. W przestrzeni publicznej pojawia się tak wiele doniesień na temat szczepień z różnych źródeł, zarówno tych wiarygodnych, popartych badaniami naukowymi, jak i tylko noszących znamiona nauki, ale nieposiadających dowodów na ich prawdziwość, że trudno odsiać ziarno od plew. Często gubią się w tym nawet osoby, które posiadają wykształcenie w różnych dziedzinach

medycznych – tłumaczy prof. Miłosz Parczewski, krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM, prezes Europejskiego Towarzystwa Naukowego AIDS oraz członek Rady Ekspertów NIL. Profesor dodaje, że nie ma obecnie dobrych narzędzi, aby w tym ogromie informacji można je zweryfikować. Osoby, które manipulują opinią publiczną, z chaosu informacyjnego wyciągają szereg faktów naukowych, posługują się półprawdami (tzw. zjawisko „cherry-picking” – wybieranie tylko informacji potwierdzających głoszone teorie) i interpretują je na własny użytek. Prawdą naukową można więc manipulować i to się właśnie dzieje. Zdaniem prof. Miłosza Parczewskiego w odróżnieniu prawdy od fikcji nie pomaga też przemysł farmaceutyczny, który mało precyzyjnie publikuje dane na temat działań niepożądanych szczepionek, dając pretekst antyszczepionkowcom do spekulacji i nadużyć. Profesor podkreśla, że mechanizmy zbierania tych danych już są, ale muszą je prowadzić publiczne jednostki, co jest gwarancją ich wiarygodności.

– Antyszczepionkowców nie należy zwalczać czy też karać, bo to przyniesie odwrotny skutek. Aby móc się z nimi mierzyć, trzeba przede wszystkim edukować młodych ludzi, rzetelnie informować o skuteczności szczepień, a także docierać z tą edukacją i informacją do tych, którzy nie są ich zapalczymi przeciwnikami, ale mają wątpliwości – tłumaczy prof. Miłosz Parczewski. Uważa, że zacietrzewionych lekarzy zostawić w spokoju, ponieważ i tak będą tkwić w swoich błędnych przekonaniach. Zwraca też uwagę, że Polska jest jednym z krajów europejskich, które najmniej inwestują w profilaktykę szeroko pojętą. Świadomość Polaków na temat działań profilaktycznych jest bardzo niska. Dotyczy to nie tylko szczepień. Świadomość ta powinna być systemowo budowana, poczynając od przedszkoli, szkół, rodziców. Mało kto wie np., że szczepienia przeciwko pneumokokom zapobiegają narastającej antybiotykooporności.

SIŁA KOMUNIKACJI...

Jonathan M. Berman, popularyzator nauki, adiunkt na Wydziale Nauk Podstawowych w New York Institute of Technology, w książce pt. „Antyszczepionkowcy” (podtytuł polskiego wydania „Historia niewiedzy”) analizuje historię ruchu antyszczepionkowego, jego założenia, jakość argumentacji. Pokazuje też mechanizmy docierania do przestrzeni



foto: freepik.com

publicznej i narrację dotyczącą szczepień jako spektrum prawd, półprawd i mitów, które się mieszają. Zauważa, że kiedy sprzeciw wobec szczepień zostaje powiązany z tożsamością i wartościami danej osoby, przeciwstawne informacje mogą zostać potraktowane jako atak na ową osobę i jej wartości. Dlatego tak ważny jest sposób komunikowania się. Prof. Aldona Jankowska, prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, przypomina, że komunikacja lekarzy z pacjentami na temat szczepień ochronnych to element profilaktyki zdrowotnej, a niechęć do szczepienia się jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Wśród przyczyn braku zaufania do szczepień jest szybkie, łatwe i bezkarne rozpowszechnianie dezinformacji i brak wystarczającej komunikacji ze strony personelu medycznego.

Z jednej więc strony media społecznościowe stały się niebezpiecznym narzędziem szerzenia mitów na temat szczepionek, z drugiej – sukces programów szczepień doprowadził do zmniejszenia częstości występowania wielu chorób zakaźnych, przez co uśpił czujność społeczeństwa, które nie dostrzega zagrożeń wynikających z unikania szczepień. Zabrakło także ze strony służb medycznych spersonalizowanego podejścia i wyczerpujących

◀ Niechęć do szczepienia się jest jednym z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny

odpowiedzi na obawy pacjentów dotyczące szczepionek (powikłań, odczynów poszczepiennych itd.)

...I BUDOWANIE ZAUFANIA

Prof. Aldona Jankowska przekonuje, że konieczna jest regulacja zasad pojawiania się informacji, a także organizowanie kampanii informacyjnych, które wyjaśniają znaczenie szczepień, obalają mity i dowodzą korzyści wynikających ze stosowania tej formy profilaktyki. – Odpowiednio poprowadzona rozmowa lekarza z pacjentem może znacząco zwiększyć akceptację szczepień, szczególnie w grupach wątpliwych. W tych przypadkach rolę lekarzy jest nie tylko przekazywanie opartej na EBM wiedzy medycznej, ale także budowanie zaufania opartej na zrozumieniu indywidualnych obaw pacjenta – mówi prof. Aldona Jankowska.

Szerzenie nieprawdziwych informacji utrudnia jednak lekarzom dotarcie do osób przekonanych o szkodliwości szczepień. Ale stworzono już narzędzia do prowadzenia tego rodzaju rozmów. Są to: empatyczne podejście, prosty język, podkreślanie korzyści oraz obalanie mitów z wykorzystaniem dowodów naukowych. Rozmowy oparte na empatii i aktywnym słuchaniu mogą zredukować opór wobec szczepień. Ważne jest także, aby lekarze nie oceniali pacjentów i potrafili zidentyfikować ich obawy.

– Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej prowadzi szkolenia i warsztaty dla lekarzy, które koncentrują się na rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych potrzebnych we wszystkich sytuacjach klinicznych, także w trudnych rozmowach z osobami obawiającymi się szczepień. Kluczem do sukcesu jest stworzenie atmosfery wzajemnego zaufania i szacunku – mówi prof. Aldona Jankowska. Dodaje, że wspieranie lekarzy w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych powinno być jednym z priorytetów, a kluczowe są tu szkolenia, stawianie na rozwój narzędzi edukacyjnych i tworzenie przestrzeni do dialogu z pacjentami. ●

AKTUALNOŚCI

AI zmieni medycynę, ale nie wyruguje medyka

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Sztuczna inteligencja (AI) nie zastąpi lekarzy. Bardziej należy obawiać się skutków tworzenia i wdrażania jej narzędzi bez udziału medyków i braku właściwej kontroli – uważają stowarzyszenia lekarskie, które wzięły udział w badaniu OECD i WMA.

Pod koniec 2024 r. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) opublikowała dokument roboczy z wstępnymi wynikami badania opinii wśród organizacji lekarskich na temat sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia i jej wpływu na kadry medyczne („Artificial intelligence and the health workforce: Perspectives from medical associations on AI in health”). W badaniu uczestniczyło 18 stowarzyszeń z różnych zakątków świata, w tym z Ameryki Północnej i Południowej, Azji i Pacyfiku, Europy, Bliskiego Wschodu i Afryki. Brała w nim udział także Naczelna Izba Lekarska. OECD przeprowadziła ten sondaż przy wsparciu World Medical Association (WMA). Organizacje pytano m.in. o szanse i zagrożenia związane z obecnością AI w opiece zdrowotnej, a także o poziom ich zaangażowania w obszar sztucznej inteligencji, w tym wpływ na politykę i regulacje dotyczące zastosowań sztucznej inteligencji w ich krajach. Nie mogło też zabraknąć pytań o aktualny stan przygotowań na zmiany związane z nowymi technologiami.

KORZYSTAĆ W SPOSÓB KONTROLOWANY

Patrząc na rezultaty badania, nie widać obawy przed zagrożeniami, jakich może przysparzać sztuczna inteligencja. Zdecydowana większość ankietowanych nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że „ryzyka związane z AI w medycynie

nie usprawiedliwiają szans z nią związanych”. Z drugiej strony przeważała opinia, że potencjalne niebezpieczeństwa nie są dobrze zrozumiane, w wystarczający sposób komunikowane i zarządzane, oraz że regulacje prawne powinny wyraźniej uwzględniać konsekwencje zastosowania sztucznej inteligencji w opiece medycznej. 12 organizacji wyraziło opinie, że rządy ich krajów nie są dość zaangażowane w to, jak AI wpływa na ochronę zdrowia.

Większość badanych stwierdziła też, że w tworzenie projektów sztucznej inteligencji mających wpływ na pracę medyków powinni być włączani lekarze. Powinni oni również wymagać, aby technologie – podobnie jak farmaceutyki – były poddawane dokładnej ocenie (także pod względem etycznym) i formalnej autoryzacji. Bardzo wyraźnie wybrzmiała obawa o kwestie etyczne związane z wykorzystaniem AI w ochronie zdrowia. Wszystkie ankietowane stowarzyszenia zgodziły się, że istnieje potrzeba większej edukacji lekarzy w zakresie wdrażania i korzystania ze sztucznej inteligencji w praktyce klinicznej.

SZANSA OBWAROWANA WARUNKAMI

W organizacjach lekarskich nie widać strachu, aby sztuczna inteligencja miała zastąpić lekarzy.

W BADANIU OECD I WMA UDZIAŁ WZIĘŁY:

Malaysian Medical Association (Malezja) / Korean Medical Association (Korea Południowa) / American Medical Association (USA) / Association Médicale Haïtienne (Haiti) / APM – Associação Paulista de Medicina (Brazylia) / Sindicato Médico del Uruguay (Urugwaj) / Danish Medical Association (Dania) / Conseil national de l'Ordre des médecins (Francja) / German Medical Association (Niemcy) / The Icelandic Medical Association (Islandia) / Royal Dutch Medical Association (Holandia) / Naczelna Izba Lekarska (Polska) / Israeli Medical Association (Izrael) / Nigerian Medical Association (Nigeria) / Rwanda Medical Association (Rwanda) / Ordre National des Médecins du Sénégal (Senegal) / Somali Medical Association (Somalia) / World Medical Association

Dostrzega się jej dużą rolę. 12 badanych organizacji stwierdziło, że w ciągu najbliższej dekady AI zmieni medycynę radykalnie, ale lekarze pozostaną w jej centrum. Kolejnych

pięć było zdania, że sztuczna inteligencja będzie wspierać lekarzy, dając im więcej narzędzi wykorzystywanych w pracy. Tylko jedna organizacja odpowiedziała, że rola lekarzy się zmieni. Nikt nie stwierdził, że sztuczna inteligencja zastąpi większość lekarzy.

Jakie nadzieje są związane ze sztuczną inteligencją? Przede wszystkim poprawa jakości opieki, zmniejszenie obciążenia i wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego, lepsze wykorzystanie umiejętności lekarzy i większa efektywność opieki przy jednoczesnej redukcji kosztów. Nieco mniej jest wiary, że AI poprawi empatię lekarzy wobec pacjentów, dając im więcej czasu dla chorego, albo że będzie ona głównym remedium na braki kadrowe. Jeśli chodzi o zagrożenia, najbardziej wybrzmiała obawa związana z wyzwaniami natury etycznej, które mogą skomplikować pracę lekarzy. Spore zaniepokojenie budzą też finanse. Wiele stowarzyszeń zaznaczyło, że wdrożenie AI do praktyki klinicznej może osłabić autonomię oraz zarobki lekarzy.

Uczestników badania zapytano również, jak angażują się w projekty zdrowotne powiązane ze sztuczną inteligencją. Sześciu potwierdziło, że uczestniczy w takich projektach (w tym NIL), 10 – że nie, ale zamierza to zrobić wkrótce lub w przyszłości. Jedno stowarzyszenie przyznało, że nie ma takich planów. Jeśli chodzi o konkretne obszary zaangażowania, to najczęściej wskazań dotyczyło monitorowania, czy rozwiązania są zgodne z etyką medyczną, a także analizy ich potencjalnego wpływu na ochronę zdrowia i przekazywania obserwacji stronie rządowej. Zdecydowana większość wspominała też o wpływie na politykę dostępu do danych i zapewnienia ich jakości, a także na regulacje wychodzące spod ręki ministra zdrowia. Najmniej widać zaangażowanie w udoskonalanie rozwiązań rozwijanych przez innowatorów zdrowia. Za największe bariery we wdrażaniu narzędzi AI uznano problemy z dostępem do informacji potrzebnych do treningu algorytmów sztucznej inteligencji oraz sam proces trenowania, testowania i sprawdzania określonych produktów tak, aby finalnie mogły być wykorzystywane przez lekarzy. Część biorących udział w ankiecie obawia się, że medycy mają niewystarczające umiejętności cyfrowe.

Z badania wyłania się obraz sztucznej inteligencji, która może łagodzić problemy systemów opieki zdrowotnej, ale pod warunkiem jej rozsądnej i adekwatnej adaptacji. Zachowanie równowagi wydaje się tu kluczowe. Wszak zdrowie to obszar, od którego wymaga

ŁUKASZ SOSNOWSKI
PARTNER OPERACYJNY NIL IN
– SIECI LEKARZY INNOWATORÓW
PRZY NACZELNEJ IZBIE LEKARSKIEJ



foto: archiwum prywatne

Sztuczna inteligencja jest coraz bardziej obecna w ochronie zdrowia, a opublikowany przez OECD dokument wyraźnie wskazuje na jej potencjał w rozwiązywaniu największych wyzwań sektora. Niedobory kadrowe w wybranych krajach, nadmierne obciążenie administracyjne czy rosnące potrzeby wynikające ze starzenia się społeczeństw to tylko niektóre z problemów, które AI może pomóc złagodzić. Narzędzia oparte na AI mogą poprawić efektywność pracy kadry medycznej i wspierać lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych. Co jednak ważne, automatyzacja może zastąpić niektóre czynności, ale rola lekarza pozostanie centralna w procesie leczenia pacjenta.

Wdrożenie AI nie jest pozbawione wyzwań. Kluczowe są kwestie etyczne i odpowiedzialność za decyzje podejmowane przez algorytmy. Nie można także pominąć problemów związanych z jakością danych, ich interoperacyjnością oraz wysokimi kosztami wdrożeń. Na szczęście już za niewiele ponad dwa lata powinniśmy mieć zaimplementowaną „Europejską Przestrzeń Danych Medycznych”, która wspiera wykorzystanie danych medycznych. Kolejnym istotnym aspektem jest konieczność budowy zaufania wśród personelu medycznego i pacjentów, co wymaga szeroko zakrojonych działań edukacyjnych i transparentnej komunikacji.

się wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa.

Dokument roboczy OECD zawiera także sporo spostrzeżeń ekspertów zajmujących się sztuczną inteligencją. Całość stanowi interesującą lekturę, choć – jak zaznacza organizacja

Polska, podobnie jak inne kraje, powinna skupić się na rozwijaniu lokalnych kompetencji w zakresie tworzenia i implementacji narzędzi AI. Nie tylko zmniejszy to zależność od rozwiązań zagranicznych, ale także pozwoli lepiej dostosować technologie do specyfiki krajowego systemu ochrony zdrowia. Szczególnie istotne jest wsparcie systemów elektronicznej dokumentacji medycznej i odciążenie personelu od zadań administracyjnych.

Jednym z ważniejszych wyzwań, w jakich pokładam nadzieję w kontekście AI, jest walka z wypaleniem zawodowym kadry medycznej. Bardziej przyjazne środowisko pracy, lepsza skuteczność, osiąganie satysfakcji z pracy może skutecznie przeciwdziałać odchodzeniu z zawodu.

Publikacja OECD jasno pokazuje, że AI może stać się katalizatorem zmian w ochronie zdrowia. Kluczem do sukcesu będzie jednak mądre jej wdrożenie, oparte na współpracy lekarzy, twórców technologii i decydentów politycznych. To wyzwanie, które wymaga nie tylko nakładów finansowych, ale także zmiany podejścia do zarządzania technologią i jej miejscem w codziennej praktyce medycznej.

Jestem dumny, że to właśnie polskie środowisko lekarskie jako pierwsze w UE przyjęło zapisy dotyczące zastosowania sztucznej inteligencji w obowiązującym od 1 stycznia 2025 r. Kodeksie Etyki Lekarskiej.

– publikacja nie wyraża poglądów OECD na temat AI w zdrowiu. Jest prezentacją opinii kilkunastu organizacji lekarskich, uzupełnioną komentarzami, które są poglądami ich autorów. Celem jest zachęcenie do dalszych dyskusji. ●

AKTUALNOŚCI

Nie marnujemy doświadczenia lekarzy

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Naczelna Rada Lekarska zaapelowała do ministra zdrowia o zmiany w ustawie o badaniach klinicznych. Zastrzeżenia budzą m.in. aktualne zasady finansowania pracy komisji bioetycznych oraz skład i mechanizm wynagradzania zespołów opiniujących.

Obowiązująca od 14 kwietnia 2023 r. ustawa o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi powstała z potrzeby dostosowania polskiego prawa do regulacji unijnych. Celem było uporządkowanie rynku badań klinicznych, w tym procesu opiniowania etycznego projektów badań klinicznych. Ustawa wprowadziła m.in. nowe zasady funkcjonowania komisji bioetycznych uprawnionych do sporządzania oceny etycznej badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Organizatorem systemu opiniowania takich badań została Naczelna Komisja Bioetyczna ds. Badań Klinicznych (NKB) działająca przy Agencji Badań Medycznych (ABM).

W myśl nowych przepisów tylko NKB lub uprawniona komisja bioetyczna wpisana na listę prowadzoną przez ten podmiot może sporządzać oceny etyczne. Jak na razie jednak na taką współpracę zdecydowało się kilka komisji, co – biorąc pod uwagę pokaźną sieć komisji bioetycznych działających w kraju przy okręgowych izbach lekarskich, instytutach naukowo-badawczych i uczelniach medycznych, które przed zmianą legislacji mogły takie oceny wydawać – pokazuje, że coś poszło nie tak.

KONTROWERSYJNY PODZIAŁ ŚRODKÓW

– Problemem są obecne przepisy dotyczące finansowania komisji uprawnionych przez NKB do sporządzania oceny etycznej badań klinicznych. Ustawa w dotychczasowym brzmieniu nie przewiduje żadnych środków na pokrycie kosztów obsługi komisji

bioetycznej związanych z opiniowaniem wniosku o wydanie pozwolenia na badanie kliniczne: osób zatrudnionych do obsługi wniosków, zaplecza informatycznego, materiałów biurowych czy kosztów korzystania z lokalu oraz energii elektrycznej – tłumaczy dr hab. n. med. Mariusz Goniewicz, przewodniczący Rady Ośrodka Bioetyki NRL. – Przenoszenie na podmioty tworzące komisje bioetyczne ciężaru pełnego finansowania ich funkcjonowania

Lekarze mają największe doświadczenie i wiedzę w zakresie badań klinicznych, powinni więc mieć zapewnioną większą rolę w zespole opiniującym

powoduje, że w przypadku komisji działających przy OIL byłyby one utrzymywane z wpływów ze składki członkowskiej uiszczanej przez lekarzy na samorząd lekarski. Tymczasem nie ma żadnego tytułu prawnego, aby lekarz, płacąc składkę na samorząd lekarski, partycypował w finansowaniu badań klinicznych. Dlatego komisje bioetyczne przy OIL nie ubiegają się o wpis na listę komisji bioetycznych prowadzoną przez Naczelną Komisję Bioetyczną – dodaje Mariusz Goniewicz. Podkreśla, że ta sytuacja musi się zmienić, bo nie można marnować

wiedzy i ogromnego doświadczenia lekarzy, którzy dotychczas opiniowali badania kliniczne.

Problem stworzyły regulacje dotyczące podziału wpływów z opłaty wnoszonej do ABM przez sponsora za złożenie wniosku o wydanie pozwolenia na badanie kliniczne lub wprowadzenie w nim istotnych zmian. Zgodnie z ustawą, gdy ocenę etyczną takiego badania sporządza Naczelna Komisja Bioetyczna, to 60 proc. tej kwoty jest przeznaczana na wynagrodzenia członków zespołu opiniującego, kolejne 35 proc. na koszty działalności NKB, a pozostałe 5 proc. idzie na wynagrodzenie przewodniczącego tej komisji i jego zastępcy.

Jeśli jednak ocenę etyczną badania klinicznego sporządza inna uprawniona komisja bioetyczna, to nie przewidziano żadnych środków na pokrycie kosztów jej obsługi. W takim przypadku 60 proc. opłaty sponsora badania jest przeznaczana na wynagrodzenia zespołu opiniującego, kolejne 35 proc. kwoty idzie na koszty działalności Naczelnej Komisji Bioetycznej, a 5 proc. na wynagrodzenie przewodniczącego NKB i jego zastępcy.

– Nie uwzględniono żadnych środków na działalność administracyjno-organizacyjną lokalnych komisji bioetycznych. To rozwiązanie jest kompletną patologią. Przed zmianami legislacyjnymi opiniowaliśmy rocznie

30-40 projektów badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Od wejścia w życie ustawy nie zajmujemy się sporządzaniem takich ocen etycznych. Nie będziemy ubiegać się o wpis na listę NKB, dopóki nie zmieni się mechanizm finansowania komisji bioetycznych – mówi dr n. med. Ryszard Golański, przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi i członek Rady Ośrodka Bioetyki NRL.

Temat jest podnoszony od dawna w gronie przewodniczących komisji bioetycznych okręgowych izb lekarskich.

– Zapisy dotyczące finansowania kosztów obsługi komisji były oprotostowane przez nasze środowisko już na etapie projektowania ustawy. Niestety, wówczas uwag nie przyjęto – przypomina Ryszard Golański.

Pod koniec ubiegłego roku Naczelna Rada Lekarska podjęła na wniosek Rady Ośrodka Bioetyki NRL apel do ministra zdrowia, w którym postuluje zmianę tych przepisów. „Sytuacja, w której ustawa nie przewidywała żadnego źródła finansowania kosztów komisji bioetycznej, a jednocześnie wprowadziła ustawy mechanizm przekazywania znacznych środków z opłaty wnoszonej przy składaniu wniosku o wydanie pozwolenia na badanie kliniczne dla Naczelnej Komisji Bioetycznej, która de facto nie bierze udziału w opiniowaniu projektu, oraz dla jej Przewodniczącego i jego Zastępcy budzi zdecydowany sprzeciw” – czytamy w apelu przyjętym przez NRL. Zdaniem samorządu na działanie komisji bioetycznej powinno się przeznaczać co najmniej 30 proc. opłaty za wydanie pozwolenia na badanie kliniczne.

Pomimo niekorzystnych zapisów kilka lokalnych komisji zdecydowało się wejść w proces opiniowania, w tym jedna działająca przy okręgowej izbie lekarskiej.

– Przepisy dotyczące finansowania komisji bioetycznych to jedna wielka pomyłka. Postanowiliśmy jednak, że mimo to włączymy się w opiniowanie wniosków – mówi prof. Stanisław Niemczyk, przewodniczący Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie, która została wpisana na listę komisji bioetycznych uprawnionych do sporządzania oceny etycznej badań klinicznych w pierwszej połowie 2024 r. – Aby sfinansować obsługę komisji, jej członkowie zrezygnowali z diet. Takie rozwiązanie



foto: freepik.com

◀ Od 1 stycznia do 30 listopada 2024 r. NKB oceniła 1114 wniosków dotyczących badań klinicznych produktów leczniczych

stoi na straży ochrony praw, bezpieczeństwa i dobrostanu uczestników badań klinicznych, dlatego w jej skład powinni wchodzić eksperci z dużym doświadczeniem zawodowym i wiedzą z zakresu oceny badań klinicznych. Moim zdaniem trzeba pójść w kierunku bardziej rygorystycznych wymagań stawianych komisjom. To jednak pieśń przyszłości i temat do dalszych dyskusji – uważa Mariusz Goniewicz.

NIE TYLKO FINANSE

W apelu podjętym przez NRL wyrażono także kilka innych postulatów z propozycjami zmian w ustawie o badaniach klinicznych.

– Apel wyraża stanowisko Rady Ośrodka Bioetyki NRL wypracowane wspólnie z przedstawicielami komisji bioetycznych działających przy okręgowych izbach lekarskich i dotyczy także kwestii wpływających na jakość wydawanych opinii – tłumaczy Mariusz Goniewicz.

Samorząd lekarski nie zgadza się m.in. z wymogami dotyczącymi składu zespołu opiniującego komisji bioetycznej, gdyż stwarzają one „ryzyko niedochowania wysokich standardów opiniowania”. NRL jest zdania, że obecne przepisy nie zapewniają wystarczającej liczby lekarzy w zespole. – Ograniczenie liczby lekarzy w zespole zmniejsza zakres merytorycznej dyskusji, a w konsekwencji zamiast zwiększyć trafność argumentów podnoszonych przez zespół, w kontekście osiągnięcia założeń zawartych w przedłożonych projektach, stwarza ryzyko obniżania standardów związanych z pracami zespołu – mówi przewodniczący Rady Ośrodka Bioetyki NRL.

– Lekarze mają największe doświadczenie i wiedzę w zakresie badań klinicznych, jak i samym kontakcie z pacjentami, powinni więc mieć zapewnioną większą rolę w zespole opiniującym. Postulujemy, aby zagwarantowano

zaakceptowały władze OIL w Warszawie. Zdajemy sobie sprawę, że nie tak to powinno wyglądać, i liczymy, że legislator się w końcu zreflektuje – dodaje prof. Niemczyk.

Tymczasem Naczelna Komisja Bioetyczna i komisje ją wspomagające mają co robić. W okresie od 1 stycznia do 30 listopada 2024 r. NKB oceniła 1114 wniosków dotyczących badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, a uprawnione komisje lokalne wydały opinie etyczne w sprawie kolejnych 764 wniosków.

Z AKCENTEM NA JAKOŚĆ

Przewodniczy Rady Ośrodka Bioetyki NRL Mariusz Goniewicz jest zdania, że porządkując kwestie finansowania kosztów obsługi komisji, powinno się także bardziej zadbać o jakość zespołów opiniujących.

– Ustawa o badaniach klinicznych była bardzo potrzebna. Ustanowienie niezależnego podmiotu, jakim jest Naczelna Komisja Bioetyczna do spraw Badań Klinicznych, dedykowanego wydawaniu opinii etycznych badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz listy komisji bioetycznych ją wspierających było dobrym rozwiązaniem. Komisja bioetyczna

w nim obecność trzech lekarzy. Takie rozwiązanie zwiększy zakres merytorycznej dyskusji, zapewni szersze spojrzenie i pogłębioną dyskusję – uważa Mariusz Goniewicz. – Wydaje się ponadto, że celowe byłoby rozważenie takiego rozwiązania, w którym zespół opiniujący w wyznaczonej komisji bioetycznej przygotowuje jedynie projekt oceny etycznej badania klinicznego, natomiast samą ocenę etyczną badania przyjmuje komisja bioetyczna w drodze uchwały. Ta kwestia też została podjęta w apelu – dodaje.

Zastrzeżenia dotyczą też m.in. sposobu wynagradzania zespołów opiniujących. Zgodnie z aktualnymi przepisami jest ono dzielone po równo na każdego członka zespołu. NRL podkreśliła w apelu, że „główną ocenę merytoryczną sporządza lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna ze względu na charakter projektu”. – Proponujemy, by podział kwoty wynagrodzenia pozostawić do decyzji komisji bioetycznej z uwzględnieniem nakładu pracy poszczególnych osób, w tym przewodniczącego zespołu opiniującego – tłumaczy szef Rady Ośrodka Bioetyki NRL.

W apelu zwraca się też uwagę na brak możliwości zaskarżenia decyzji NKB o odmowie wpisu na listę komisji bioetycznych i proponuje się, aby przysługiwało od niej odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. W apelu NRL znalazł się również postulat, aby rozważyć zawężenie wymogów kwalifikacyjnych do pełnienia funkcji przewodniczącego NKB i jego zastępcy, tak aby mógł je pełnić tylko lekarz lub lekarz dentyista.

Czy Ministerstwo Zdrowia podejmie działania legislacyjne zmierzające do nowelizacji ustawy o badaniach klinicznych w kierunku, w jakim proponuje Naczelna Rada Lekarska? „Gazeta Lekarska” zapytała o to resort zdrowia. Na odpowiedź czekaliśmy kilka tygodni, ale jej nie otrzymaliśmy. ●

Treść apelu NRL z 22 listopada 2024 r. z postulatami zmian w ustawie o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi jest dostępna na www.nil.org.pl

PROF. DR HAB. N. HUM. PAWEŁ ŁUKÓW
PRZEWODNICZĄCY NACZELNEJ KOMISJI
BIOETYCZNEJ (NKB)



foto: archiwum prywatne

Brak finansowania kosztów administracyjnych komisji uprawnionych do opiniowania etycznego badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi to istotne niedopatrzenie w ustawie. Głównie z tego powodu niewiele komisji wniosło o wpisanie ich na listę komisji uprawnionych. Sprawa ta była wielokrotnie omawiana przez członków NKB. ABM wystąpiła do resortu zdrowia o zmiany kilka tygodni po objęciu przeze mnie funkcji, o czym członkowie NKB są poinformowani. Włączenie w opiniowanie większej liczby komisji ułatwi dotrzymanie terminów, a przede wszystkim posłuży jakości opinii etycznych, bo pozwoli wykorzystać wiedzę i doświadczenie ich członków, a przez to chronić prawa, bezpieczeństwo, godność i dobrostan uczestników badań.

Czy aktualne wymogi, które komisje muszą spełnić, by móc opiniować badania kliniczne, są wystarczające? To warto przemyśleć. Wpisanie na listę komisji uprawnionych to nie wszystko. NKB powierza sporządzenie opinii etycznej komisji, w której reprezentowane są specjalności lekarskie niezbędne do oceny wniosku.

Jeśli chodzi o składy zespołów opiniujących, to należy pamiętać, że ustawa określa ich minima, a konkretne składy ustala przewodniczący komisji. W praktyce w znakomitej większości w zespołach jest po trzech lekarzy. Czy wymagać tego ustawą? Skład zespołu powinien być dostosowany do specyfiki badania, więc może lepiej pozostawić decyzję komisjom. Z kolei propozycję różnego wynagradzania członków zespołów opiniujących w zależności od reprezentowanych dyscyplin naukowych należałoby – tak jak zalecenia medyczne – oprzeć na dowodach (evidence), np. na to, że nad tym samym wnioskiem prawnik pracuje mniej niż lekarz. A dowodów tych nie podano. Pamiętajmy, że każdy opiniujący ma obowiązek rzetelnie zapoznać się z wnioskiem. ●

Propozycja, aby zespół opiniujący w wyznaczonej komisji bioetycznej przygotowywał jedynie projekt oceny etycznej badania, a samą ocenę etyczną badania przyjmowała komisja bioetyczna w drodze uchwały, oznacza, że opinię wydawałyby – i brały za nią odpowiedzialność – osoby, które nie zapoznały się z wnioskiem. To błąd merytoryczny. Na dodatek wydłużyłoby to proces i podniosło koszty, bo trzeba by płacić i członkom zespołu opiniującego, i podejmującym uchwałę. Ale przede wszystkim to błąd etyczny. Propozycja ta ujawnia też nieznaną zasadę Dobrej Praktyki Klinicznej: „Only members who participate in the IRB/IEC review and discussion should vote/provide their opinion and/or advise” (ICH GCP E6 (R2), 3.2.4.; (R3) 1.3.4.).

Jeśli chodzi o kwalifikacje kierownictwa NKB, to i tu należałoby podać dowody (evidence) na to, że może je mieć tylko lekarz z racji tego, że jest lekarzem. Obok umiejętności czytania ze zrozumieniem projektów badań klinicznych, przewodniczący musi mieć m.in. gruntowną wiedzę o etyce i metodologii badań klinicznych potwierdzoną np. dorobkiem naukowym, znajomością prawa medycznego, znaczące doświadczenie w opiniowaniu, kontakty z europejskimi specjalistami od etyki badań klinicznych, umiejętność kierowania interdyscyplinarnymi zespołami. Bez solidnych dowodów, że kompetencje te może mieć tylko lekarz, proponowany przepis będzie w najlepszym razie wyrazem niesprawdzonych przeczuć. I będzie propagował uprzedzenia. Nie znam kraju, który miałby takie wymagania. I nie ma go w międzynarodowych standardach. Warto zaś rozważyć to, że przewodniczący nieprowadzący badań medycznych na rzecz różnych podmiotów może mieć potencjalnie mniej konfliktów interesów, a przez to być bardziej niezależny, co może przekładać się na bardziej efektywne koordynowanie prac Komisji. ●

WAŻNE SPRAWY

Co najbardziej boli pacjenta w systemie ochrony zdrowia

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Spada liczba zgłoszeń kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta. Jednocześnie jest coraz więcej naruszeń praw pacjentów stwierdzanych w prowadzonych postępowaniach.

W 2023 r. do Rzecznika Praw Pacjenta skierowano blisko 100 tys. różnego rodzaju sygnałów (zapytania, skargi, wnioski) – wynika z dorocznego sprawozdania tej instytucji opublikowanego pod koniec 2024 r. To ponad 25 tys. zgłoszeń mniej niż w 2022 r. i około 65 tys. mniej niż w rekordowym pod tym względem 2021 r. Tendencja spadkowa wyraźnie postępuje, jednak jest ich nadal więcej niż przed pandemią. Z kolei przed 2020 r. notowano systematyczny wzrost liczby napływających sygnałów, ale nie w takim tempie, jak w latach panowania COVID-19.

Spośród wszystkich zgłoszeń, które dotarły w 2023 r. do RPP, blisko połowa dotyczyła prawa do świadczeń zdrowotnych, w tym przede wszystkim problemów z dostępnością, a także ich jakością i bezpieczeństwem. Kolejne pod względem popularności to sygnały związane z prawem do informacji, prawem do dokumentacji medycznej, ale też prawem do ochrony zdrowia psychicznego.

CORAZ WIĘCEJ NARUSZEŃ

W przypadkach, które Rzecznik Praw Pacjenta uzna za zasadne, wszczynają postępowania wyjaśniające. Tych z roku na rok jest coraz więcej, systematycznie wzrasta też liczba stwierdzanych naruszeń. Jak możemy wyczytać ze sprawozdania, w 2023 r. w wyniku prowadzonych postępowań w sprawach indywidualnych stwierdzono aż 1877 naruszeń praw pacjenta. Jeszcze w 2018 r. było ich 459, a rok później 817. Kolejne lata to już dużo

więcej stwierdzanych naruszeń (1438/1759). Po chwilowym spadku tego trendu w 2022 r. (1326) w omawianym roku znowu było ich więcej. Ponad połowa z nich dotyczyła prawa do świadczeń zdrowotnych, z czego najwięcej miało związek z udzielaniem ich z nienależytą starannością, w nieodpowiednich warunkach albo bez zachowania zasad etyki zawodowej przez personel medyczny. Stwierdzono też kilkadziesiąt naruszeń odnoszących się do udzielania świadczeń zgod-

Pacjenci nie zgłaszają wszystkich występujących naruszeń do rzecznika, dlatego nie da się stworzyć kompleksowego obrazu sytuacji

nie z aktualną wiedzą medyczną, a także procedury ustalającej kolejność do świadczeń zdrowotnych. Kilkanaście nieprawidłowości dotyczyło naruszenia prawa do natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie zdrowia i życia lub w przypadku porodu. Co ciekawe, nie potwierdzono ani jednego naruszenia prawa pacjenta do żądania, aby leczący go lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.

Zdecydowanie najwięcej stwierdzonych naruszeń prawa do świadczeń zdrowotnych w sprawach

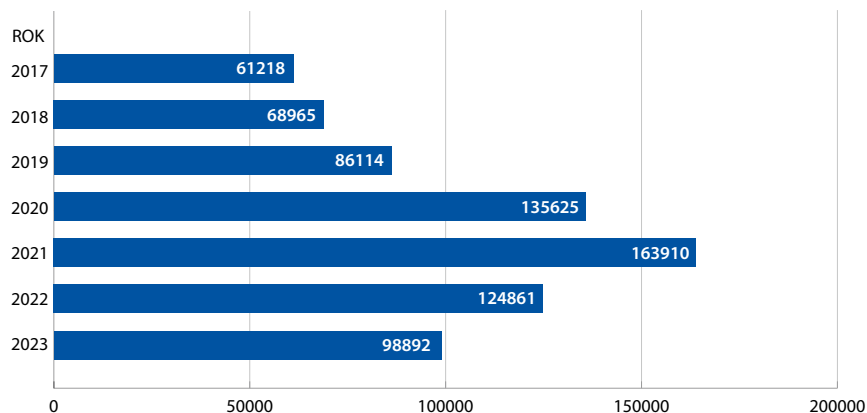
indywidualnych miało miejsce w lecznictwie szpitalnym. Stwierdzono je m.in. w szpitalu za niezapewnienie małoletniemu pacjentowi odpowiedniej diagnostyki oraz konsultacji chirurgicznej, co skutkowało niewykrzyem zapalenia wyrostka robaczkowego.

PROBLEMY Z DOKUMENTACJĄ I UDZIELANIEM INFORMACJI

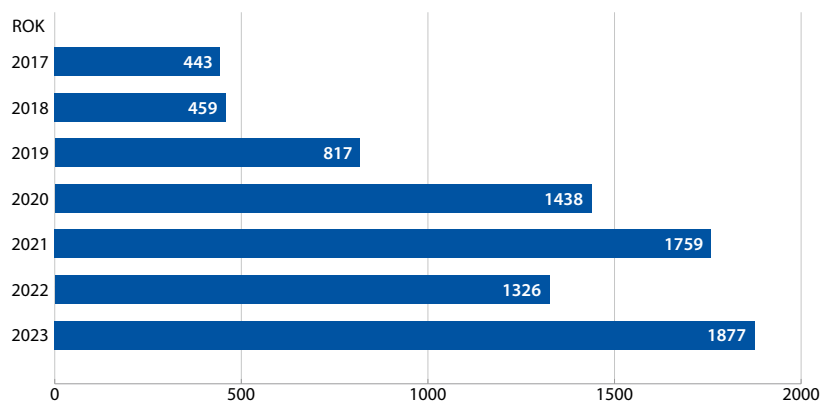
Ponad 350 naruszeń stwierdzono w związku z nieprawidłowościami w zakresie przestrzegania prawa do dokumentacji medycznej. I tak na przykład za naruszenie uznano uzależnienie udostępnienia wyniku badania EEG od realizacji wizyty pacjentki u lekarza prowadzącego leczenie. Podmiot leczniczy nie chciał wydać kobiecie wyniku bez wcześniejszego omówienia na wizycie lekarskiej.

Przeszło 270 naruszeń miało związek z prawem do informacji, z czego niemal wszystkie dotyczyły nieprzebrzegania prawa pacjenta/osób upoważnionych do informacji o stanie zdrowia, pozostałe dotyczyły niedostatecznej wczesnej informacji od lekarza o zamiarze odstąpienia od leczenia. Za nieprawidłowe uznano m.in. działanie placówki, która nie poinformowała żony pacjenta (była upoważniona), że u jej męża doszło do pogorszenia stanu zdrowia, podjęcia reanimacji oraz przekazania go do innego szpitala. Z prawem do informacji wiąże się też wyrażanie zgody

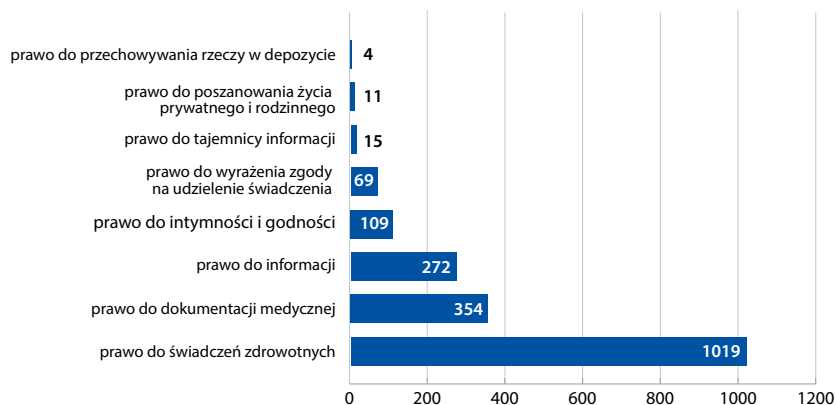
LICZBA SYGNAŁÓW KIEROWANYCH DO RZECZNIKA PRAW PACJENTA W LATACH 2017-2023 (na podstawie danych RPP)



LICZBA STWIERDZONYCH PRZEZ RPP NARUSZEŃ PRAW PACJENTA W SPRAWACH INDYWIDUALNYCH W LATACH 2017-2023 (na podstawie danych RPP)



WYBRANE RODZAJE I LICZBA STWIERDZONYCH NARUSZEŃ W SPRAWACH INDYWIDUALNYCH W 2023 r. (na podstawie danych RPP)



na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Za naruszenie RPP uznał m.in. przeprowadzenie leczenia endodontycznego bez uprzedniego uzyskania pisemnej zgody pacjentki. W sprawozdaniu wyjaśniono, że zgoda udzielona na piśmie jest w takim przypadku niezbędna, bo to zabieg stwarzający podwyższone ryzyko.

Mniej nieprawidłowości miało związek z prawem do poszanowania intymności i godności pacjenta, a także jego życia rodzinnego. W stwierdzanych naruszeniach przewijały się m.in. wątki o udzielaniu świadczeń przy udziale osób trzecich oraz niedostatecznym leczeniu bólu. Do bardzo rzadkich przypadków należały naruszenia związane z prawem do zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych, prawem do opieki duszpasterskiej, przechowywaniem rzeczy wartościowych w depozycie, jak również prawem do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza.

RECEPTOMATY I ANTYBIOTYKOTERAPIA

Rośnie także liczba decyzji RPP uznających naruszenie zbiorowych praw pacjentów w podmiotach leczniczych – ze 121 w 2021 r. do 157 w 2023 r. Podobnie jak w przypadku naruszeń w postępowaniach indywidualnych – także i tutaj najczęściej miało związek z nieprawidłowościami w przestrzeganiu prawa do świadczeń zdrowotnych i prawa do dokumentacji medycznej. Jak czytamy w sprawozdaniu, chodziło między innymi o udzielanie świadczeń niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną (np. wielomiesięcznych antybiotykoterapii w leczeniu boreliozy), utrudniony kontakt z rejestracją podmiotu leczniczego i nieprawidłowe zasady udostępniania dokumentacji medycznej, a także nadmierne ograniczenia odwiedzin pacjentów w szpitalach i stosowanie środków przymusu bezpośredniego wobec pacjentów w szpitalach psychiatrycznych niezgodnie z przepisami prawa.

Na początku stycznia br. na stronie internetowej RPP pojawiły się wstępne informacje podsumowujące dane o naruszeniach

zbiorowych praw pacjentów w 2024 r. W komunikacie nie znalazły się bardzo szczegółowe informacje na temat decyzji uznających naruszenie zbiorowych praw pacjenta, poinformowano jednak, że 32 z nich dotyczyły tzw. receptomatów. W komunikacie napisano też, że były liczne sprawy związane z problemem telefonicznej rejestracji na wizytę w podmiocie medycznym.

– Ochrona zbiorowych praw pacjentów, szczególnie dotycząca tzw. receptomatów, ale też działalności osób, które prowadzą leczenie niezgodne z najnowszą wiedzą, to dla mnie priorytet. Myślę, że działania te będą zintensyfikowane w 2025 r. – zapowiedział Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec.

Biorąc pod uwagę liczbę udzielanych świadczeń zdrowotnych w Polsce, zgłoszenia pacjentów wpływające do Rzecznika Praw Pacjenta i stwierdzane przez niego naruszenia praw pacjenta stanowią niewielki wycinek rzeczywistości w ochronie zdrowia. Z drugiej strony tylko na podstawie odbieranych sygnałów nie da się stworzyć kompletnego obrazu tej sytuacji. Powód jest prozaiczny – pacjenci nie zgłaszają wszystkich występujących naruszeń do RPP.

„Biorąc pod uwagę roczną liczbę udzielanych w Polsce świadczeń zdrowotnych, badania opinii publicznej, dane organizacji zrzeszających pacjentów czy inne dostępne źródła, można stwierdzić, że wiele informacji o możliwych naruszeniach praw pacjenta nie trafia do Rzecznika” – czytamy w sprawozdaniu. Mimo to publikowane co roku (od ponad 15 lat) sprawozdania RPP z przestrzegania praw pacjenta to lektura, z której można sporo wyczytać o tym, co najbardziej boli pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia. Dokument pokazuje obszary, które mogą powodować konflikty na linii pacjent – placówka medyczna.

CZERWONE FLAGI

Na które rodzaje skarg wnoszonych do Rzecznika Praw Pacjenta warto zwrócić szczególną uwagę?

– Z punktu widzenia lekarzy i lekarzy dentyistów uczuliłabym na problemy związane z przestrzeganiem praw do świadczeń medycznych w związku ze sposobem ich udzielania, wpływającym na jakość i bezpieczeństwo – mówi Karolina Seidel, adwokat. I dodaje: – Podczas szkoleń, które mam

okazać prowadzić w Naczelnej Izbie Lekarskiej, często opowiadam o problemach związanych z niedostatecznym kierowaniem na diagnostykę pacjentów, u których doszło do pogorszenia stanu zdrowia. Na przykład było potrzebne jakieś badanie, ale lekarz leczył tylko objawowo albo zlecił jedynie jedno badanie, a była wskazana bardziej pogłębiona diagnostyka. Tego typu naruszenia powodują kolejne, w zakresie prawa do informacji. Pacjent ma prawo wiedzieć,

Sprawozdania RPP
z przestrzegania praw pacjenta
to lektura, z której można
sporo wyczytać

jakiej diagnostyki wymaga, i powinien o tych opcjach usłyszeć, nawet jeżeli placówka nie jest w stanie ich zapewnić. W karcie pacjenta nie może widnieć informacja o rozpoznaniu ze znakiem zapytania z brakiem skierowania na dalszą diagnostykę.

Prawo do informacji może dotyczyć też wielu innych sytuacji. – Na przykład takiej, w której kobieta w ciąży została poddana badaniom USG, ale nie poinformowano jej o innych metodach diagnostycznych wykrywających wady płodu – wyjaśnia ekspertka.

Sporych problemów może również przysporzyć źle uzyskana zgoda na udzielenie świadczenia, na przykład wykonanie zabiegu. – Tu nie chodzi wyłącznie o uzyskanie podpisu. Zgoda musi być świadoma, więc trzeba wytłumaczyć pacjentowi, na co ten się godzi. Pacjent po operacji nie może być zaskoczony, że wystąpiły komplikacje, bo nikt mu o tym ryzyku wcześniej nie powiedział. Oczywiście, nie będzie to naruszenie w zakresie błędu medycznego, ale prawa do informacji już tak. Często lekarze zadają mi pytanie, czy zgodę może pobrać lekarz dyżurujący, a nie ten, który będzie przeprowadzał zabieg. Odpowiedź brzmi: tak, ale odpowiedzialność

za jej uzyskanie ponosi operator – wyjaśnia ekspertka. I dodaje, że warto też zwrócić uwagę na prawo do dokumentacji medycznej. – Dokumentacja powinna być wydana pacjentowi niezwłocznie, czyli od razu. Przyjmuje się, że maksymalnie w ciągu siedmiu dni pacjent powinien otrzymać żądane informacje, ale nie później – uczyła Karolina Seidel.

Wiele problemów powstaje z braku komunikacji i szczerzej rozmowy z pacjentem, także na temat niepowodzeń. – Pacjentów najbardziej denerwuje ucieczka od wyjaśnienia, co się stało. Zdecydowanej większości spraw medycznych by nie było w sądach, gdyby lekarz miał dobrą relację z pacjentem – uważa ekspertka. Z drugiej strony trzeba przyznać, że jeśli jest na wizytę tylko kilka minut dla pacjenta, to trudno w tym czasie wszystko wytłumaczyć. Niestety, system nie sprzyja przestrzeganiu praw pacjenta i przez to stawia lekarza w trudnej sytuacji. – Zdarza się jednak, że w ogóle jakiegokolwiek rozmowy zabrakło – zwraca uwagę Karolina Seidel. ●

Katalog praw pacjenta określa ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Pacjentom przysługuje prawo do:

- świadczeń zdrowotnych,
- informacji o stanie zdrowia,
- zgłaszania niepożądanych działań produktów leczniczych,
- tajemnicy informacji,
- wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- poszanowania intymności i godności,
- dokumentacji medycznej,
- zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- opieki duszpasterskiej,
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

WAŻNE SPRAWY

Spór w samorządzie daleki od rozwiązania

PIOTR KOŚCIELNIAK

Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w celu odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji prezesa NRL nie będzie – przynajmniej na razie. Zamiast tego 7 marca w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego odbędzie się okrągły stół poświęcony sytuacji w samorządzie lekarskim.

Dawno wewnętrzne sprawy samorządu lekarskiego nie budziły takich emocji jak przez ostatnich kilkanaście tygodni. W sprawę zostały włączone ogólnopolskie media, zespoły przygotowujące „opinie prawne” oraz... zrzuty ekranowe.

ROZPOZNANIE BOJEM

Pierwszą otwartą salwą tego sporu był w listopadzie ubiegłego roku wniosek dr. Przemysława Jaczuna, wiceprezesa ORL Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu i delegata na Krajowy Zjazd Lekarzy IX Kadencji, o zwołanie nadzwyczajnego zjazdu w celu odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Wniosek wpłynął do biura NIL i do... redakcji serwisu Rynek Zdrowia, który go upublicznił.

Dr Jaczun w uzasadnieniu zarzucił prezesowi Jankowskiemu „podział w ramach lekarskiego samorządu”, co miało zmniejszyć siłę oddziaływania na sprawy istotne dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Powodem uzasadniającym odwołanie prezesa miała być też zmiana logo NIL bez konsultacji, ograniczanie niezależności organów NIL, niedopuszczanie w dyskusji głosów krytycznych i wreszcie działanie na szkodę Kujawsko-Pomorskiej OIL.

Ten dokument rozpatrywała niezależna od NRL i NIL Krajowa Komisja Wyborcza, która uznała, że tryb złożenia wniosku był niedopuszczalny i nie ma podstaw do jego procedowania. Było

to równoznaczne z pozostawieniem go bez rozpoznania.

WOJNA HYBRYDOWA

Na przełomie listopada i grudnia swoje stanowiska wzywające do zwołania nadzwyczajnego zjazdu podjęło dziewięć okręgowych izb lekarskich. Przypomnijmy – do podjęcia uchwały o organizacji takiego zjazdu niezbędnych jest osiem wniosków rad okręgowych.

Powodem uzasadniającym odwołanie Prezesa miała być m.in. zmiana logo NIL bez konsultacji i ograniczanie niezależności organów NIL

Z postulatami takimi wystąpiły: ORL w Gorzowie Wielkopolskim, ORL w Zielonej Górze, ORL Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu, ORL Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, ORL w Krakowie, ORL Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej, ORL w Koszalinie oraz ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

We wnioskach wskazywano, że nadzwyczajny zjazd powinien mieć dwa cele: dyskusję o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów IX kadencji oraz głosowanie nad odwołaniem prezesa NRL.

Jednocześnie pojawił się najbardziej kontrowersyjny element hybrydowej wojny. To rozsyłane do części delegatów zrzuty ekranowe z komunikatorów internetowych sugerujące nieetyczne zachowania w Naczelnej Izbie Lekarskiej oraz samego prezesa.

Później swoje stanowisko w sprawie zwołania zjazdu uchyliła ORL w Koszalinie. W samorządzie pojawiły się też liczne głosy sprzeciwiające się organizacji kolejnego w tak krótkim czasie zjazdu – poprzedni Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy odbył się w maju 2024 r. w Łodzi. Odpowiednie stanowiska w tej sprawie podjęły ORL w Gdańsku, ORL Beskidzkiej Izby Lekarskiej, ORL w Warszawie, ORL w Łodzi, ORL Lubelskiej Izby Lekarskiej, ORL w Tarnowie i ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej.

Wśród powodów sprzeciwu wymieniano nie tylko kwestie finansowe (organizacja takiego zjazdu to wydatek 600-800 tys. złotych). Wskazywano m.in. skuteczność obecnego samorządu i jego wpływ na decydentów, a także rosnącą rolę w opiniowaniu aktów prawnych i kontaktach z mediami. Uznano także, że postawione zarzuty są zbyt małej wagi, aby uzasadniać próbę odwołania Łukasza Jankowskiego z funkcji Prezesa NRL. Krytycznie oceniono również metody, jakimi posługują się jego przeciwnicy.

Na interesujący aspekt całej sprawy zwrócili uwagę przedstawiciele warszawskiej rady: „jednym z faktycznych powodów, acz niewymienianym w uzasadnieniach, jest lęk niektórych działaczy przed elektronicznymi wyborami i potencjalnym przyspieszeniem zmiany pokoleniowej w wielu izbach”. Przypomnieli również, że prominentni działacze ze ścisłego kierownictwa jednej z okręgowych rad lekarskich, które wnioskuje o odwołanie szefa samorządu, przyznają, że skierowali do minister zdrowia wniosek o uchylenie uchwały XVI NKZL wprowadzającej nowy regulamin wyborów.

OSTRZAŁ KORESPONDENCYJNY

Odpowiedzią na te działania był list otwarty prezesa Łukasza Jankowskiego do lekarzy i lekarzy dentyków. Prezentował w nim 20 największych sukcesów samorządu obecnej kadencji. Wymienił m.in. opracowanie i przyjęcie nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz przygotowanie i przyjęcie nowego regulaminu wyborów do izb lekarskich wprowadzającego możliwość głosowania elektronicznego. Podkreślał również powołanie Rady Ekspertów NIL, Rady ds. Rozwoju Stomatologii przy Ministerstwie Zdrowia, utworzenie sieci lekarzy innowatorów NIL IN czy wprowadzenie elektronicznego PWZ. Wśród osiągnięć tej kadencji wskazał również wsparcie dla lekarza, którego dane ujawnił ówczesny minister zdrowia (zresztą niedawno w tej sprawie skazany), sukces w sporze z NFZ dotyczącym refundacji preparatów mlekozastępczych, zablokowanie projektu ustawy o jakości, wyhamowanie powstawania nowych kierunków lekarskich czy uzyskania wpływu na działania CMKP.

Odnosił się również do zarzutów formułowanych przez przeciwników. „Niestety siłę i skuteczność Samorządu, które wynikają głównie z jedności i solidarności, w ostatnim okresie umniejszają działania niektórych Kolegów, którzy próbują podważyć mój mandat do reprezentowania samorządu lekarskiego, używając w tym celu kruczków prawnych czy nawet innych, niegodnych zawodu lekarza metod, takich jak upublicznianie i rozpowszechnianie bez mojej zgody zmanipulowanej prywatnej korespondencji sprzed lat z zamkniętych grup dyskusyjnych” – napisał prezes NRL.

Ośmiu prezesów okręgowych izb, którzy zainicjowali całą akcję, nie pozostało dłużnych. W swoim liście otwartym napisali, iż oczekują przyznania się do

porażek – w tym m.in. zerwania kontaktów z Polonią medyczną (prawdopodobnie chodzi o spór z jedną z organizacji – przyp. red.), odchodzenia pracowników z NIL czy wycofywania się z pracy samorządowej lekarzy nieakceptujących „bardziej korporacyjnego niż samorządowego” stylu zarządzania. Zaakcentowali również swoje przekonanie, że złożony przez jednego lekarza wniosek o zwołanie zjazdu był poprawny. List podpisali Ewa Joniec (ORL w Gorzowie Wielkopolskim), Wojciech Kaatz (ORL

Lekarzom i lekarzom dentydom
potrzebne jest pole do dyskusji, okazja
będzie przy okrągłym stole

Kujawsko-Pomorskiej OIL), Krzysztof Kordel (ORL WIL w Poznaniu), Jacek Kotuła (ORL w Zielonej Górze), Katarzyna Krystosik-Łasecka (ORL w Koszalinie), Robert Stępień (ORL w Krakowie), Tadeusz Urban (ORL Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach) i Paweł Wróblewski (ORL Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu).

ZASKAKUJĄCE ZWROTY AKCJI

Analizą formalną wniosków o zwołanie zjazdu zajęła się ponownie Krajowa Komisja Wyborcza, a głosowanie odpowiedniej uchwały znalazło się w porządku obrad posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej 17 stycznia 2025 r. KKW uznała, że jedna z uchwał, które do niej wpłynęły, budzi wątpliwości formalne i pozostawiła wniosek o odwołanie prezesa bez dalszego biegu – jedenastoma głosami za, jednym przeciw i siedmioma wstrzymującymi się.

Ale medialna ofensywa części samorządowców nie zwalniała. Na początku stycznia w „Gazecie Wyborczej” ukazał się artykuł opisujący rzekome praktyki mobbingowe w NIL, do którego materiałów mieli dostarczyć – zdaniem prezesa NRL – skonfliktowani z nim samorządowcy. Dwa dni przed radą prezes ORL w Katowicach Tadeusz Urban otwarcie przyznał

w rozmowie z Rynkiem Zdrowia, że interesuje go „angażowanie się w prace samorządu w Warszawie”. A w przeddzień posiedzenia NRL ORL Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu przegłosowała uchwałę, w której cel zjazdu miało być stanowić wyłączenie głosowania nad odwołaniem prezesa NRL – bez punktu o dyskusji.

Podczas posiedzenia NRL część prezesów rad domagających się odwołania Łukasza Jankowskiego próbowało zmienić porządek obrad – wykreślając punkt o zwołaniu zjazdu w celu dyskusji o samorządzie na taki, który mówi tylko o głosowaniu nad odwołaniem prezesa. Punkt traktujący o uchwale ws. zwołania nadzwyczajnego zjazdu – w obliczu braku odpowiednich ustaleń ze strony KKW – został zdjęty z porządku obrad zdecydowaną większością obecnych na sali członków NRL. W tej sytuacji prezes ORL w Katowicach zaapelował, aby Łukasz Jankowski sam „honorowo” ustąpił.

TO JESZCZE NIE KONIEC

Czy spór w samorządzie udało się zażegnać? Nie ulega wątpliwości, że lekarzom i lekarzom dentydom potrzebne jest pole do dyskusji. Wiadomo jednak, że nadzwyczajnego zjazdu planowanego w terminie jednego z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej 7 marca 2025 r. najprawdopodobniej w tej sytuacji nie będzie. Prezesi domagający się ustąpienia Łukasza Jankowskiego sugerowali nawet, że dysponują opiniami prawnymi, iż niezwołanie zjazdu będzie oznaczało automatycznie jego dymisję.

Co zamiast zjazdu? Na wniosek prezesa Jankowskiego NRL zaproponowała zorganizowanie okrągłego stołu w tym samym terminie. Aby pomieścić wszystkich zainteresowanych, ma się odbyć w auli Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Czy to wystarczy do rozładowania napięcia – czas pokaże. ●

Wszystkie informacje dotyczące sporu w samorządzie lekarskim wraz z dostępnymi redakcji materiałami źródłowymi można znaleźć na portalu gazetalekarska.pl w dziale Samorząd.

PODATKI I FINANSE

Ryczałt to jedyna forma rozliczania zysków z najmu

ANNA WOJDA

Lekarze mogą już przygotowywać PIT, w którym pokażą, ile w ubiegłym roku zarobili na wynajmie mieszkań. Opodatkowanie tej formy aktywności pewnie się nie zmieni. Będą natomiast inne nowości, i to już od przyszłego roku. Rząd planuje bowiem reformę. Do końca pierwszego kwartału 2025 r. ma być gotowy projekt. Bez specjalnego numeru nie będzie można wynająć mieszkania ani nawet pokoju.

Nowe przepisy mają wejść w życie w 2026 r., bo tego wymagają unijne regulacje. W tej chwili trwają prace w Ministerstwie Sportu i Turystyki. Jesienią ubiegłego roku był etap wewnętrznych uzgodnień, w styczniu zaś zakończyły się wewnętrzne konsultacje.

Temat uregulowania najmu krótkoterminowego wraca co jakiś czas, głównie za sprawą wypowiedzi minister funduszy i polityki regionalnej Katarzyny Pełczyńskiej-Nałęcz, która regularnie przypomina o konieczności zajęcia się tym zagadnieniem. Dużo wokół najmu dzieje się również w innych krajach, choćby Hiszpanii. Premier tego kraju za rosnące ceny nieruchomości obwinia zagranicznych inwestorów. Twierdzi, że zbyt wielu obcokrajowców kupujących nieruchomości traktuje je jako inwestycję, która ma się zwrócić, a nie miejsce do życia. Dlatego zapowiada nowy podatek. Ma on wynosić 100 proc. Płacić mieliby go nabywcy domów z krajów spoza Unii Europejskiej, czyli m.in. z USA i Wielkiej Brytanii. Z kolei hiszpańska opozycyjna Partia Ludowa przedstawiła propozycje rozwiązania kryzysu mieszkaniowego, m.in. przez liberalizację rynku i obniżenie podatków.

JAKIE ZMIANY PRZYGOTOWUJE RZĄD
Polski rząd również planuje zmiany, tym razem dotyczące najmu

krótkoterminowego. Ministerstwo Sportu i Turystyki deklaruje, że w pierwszym kwartale tego roku będzie gotowy projekt zmian. Przedstawiciele resortu uważają, że przepisy mogłyby zacząć obowiązywać od początku 2026 r. Zmiany są konieczne, bo 20 maja 2026 r. zaczyna obowiązywać unijne rozporządzenie dotyczące najmu i musimy dostosować do niego nasze regulacje.

Co się zmieni? Przede wszystkim to, że bez specjalnego numeru z centralnej ewidencji nie

Wynajem mieszkań jest jednym z wielu obszarów, którym w ostatnim czasie interesują się organy skarbowe

będzie można funkcjonować na portalach rezerwacyjnych. Wpis do ewidencji będzie musiała uzyskać każda osoba, która prowadzi krótkotrwałe zakwaterowanie w domu, mieszkaniu czy nawet pokoju.

Nie wiadomo na razie, co będzie traktowane jako najem krótkoterminowy. Trwają ciągle

dyskusje. Propozycja jest taka, by taki najem, który trwa poniżej 30 dni w stosunku do jednego klienta, był krótkoterminowy. Cel wprowadzanych zmian to nie tylko konieczność dostosowania polskich regulacji do unijnych, ale przy okazji ograniczenie szarej strefy.

TYLKO JEDEN SPOSÓB

Jeśli zmiany proponowane przez Ministerstwo Sportu i Turystyki zaczną obowiązywać, konieczne będzie – gdy ktoś będzie chciał prowadzić najem krótkoterminowy i korzystać np. z usług Booking.com – zarejestrowanie się w ewidencji. Nie zmienią się natomiast zasady opodatkowania uzyskiwanych w ten sposób przychodów. Nadal będą opodatkowane ryczałtem ewidencjonowanym. Od 1 stycznia 2023 r. to jedyna forma rozliczania uzyskiwanych w ten sposób zysków. Dotyczy to również najmu długoterminowego. Nie można już przychodów z najmu, jak było to możliwe do końca 2022 r., rozliczać według stawek ze skali podatkowej.

Opodatkowanie przychodów z najmu prywatnego ryczałtem ewidencjonowanym ma ten plus, że stawka podatku jest relatywnie



◀ Bez specjalnego numeru z centralnej ewidencji wynajmujący mieszkania nie będą mogli funkcjonować na portalach rezerwacyjnych

m.in. Airbnb, Booking.com czy Your.Rentals. Do tego dnia mają one czas, by przekazać szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacje o najmie przez internet. Chodzi o najem na doby (przepisy przewidują wyłączenie tylko dla podmiotów działających na większą skalę, jak hotele, które mają powyżej 2 tys. transakcji rocznie).

Dla wynajmujących oznacza to, że być może będą musieli dopłacić podatek, mimo że zasady opodatkowania nie zmieniły się w tym czasie. Wszystko dlatego, że dzięki nowym informacjom skarbowka sprawdzi prawidłowość rozliczeń. Namierzy też właścicieli nieruchomości, którzy zarabiają na ich udostępnianiu przez internet, a nie rozliczają się z fiskusem. Dzięki nowym danym szybciej ustali, czy ktoś unika płacenia podatków. To powinno zmobilizować wynajmujących do wykazywania przychodów z najmu i rzetelnego rozliczenia. ●

niska. Nie można natomiast odliczać kosztów podatkowych. A to oznacza, że np. wydatki na remonty nie zmniejszą kwoty przychodu, od którego trzeba zapłacić podatek.

Lekarz wynajmujący mieszkanie jest zobowiązany do stosowania z chwilą uzyskania pierwszego przychodu z najmu stawki ryczałtu w wysokości 8,5 proc. Obowiązuje ona do przychodów w wysokości 100 tys. zł rocznie, powyżej nadwyżki trzeba płacić 12,5 proc.

PIT ZA 2024 ROK

Lekarze uzyskujący przychody z najmu nie muszą czekać do końca kwietnia z rozliczeniem (czas, by złożyć zeznanie podatkowe za 2024 r., mija 30 kwietnia 2025 r.). Nie muszą również czekać na rządowy program, który będzie rozliczał uzyskiwane przez podatników przychody od 15 lutego. Mogą już teraz złożyć PIT-28 (to odpowiedni formularz do rozliczenia najmu) za pośrednictwem usługi Twój e-PIT lub przez e-Deklaracje.

Ze złożeniem PIT nie warto zwlekać zwłaszcza wtedy, gdy mamy nadpłatę podatku. Im szybciej rozliczymy się z urzędem skarbowym, tym szybciej otrzymamy zwrot.

Jak szybko otrzymamy pieniądze? Dużo zależy od sposobu i czasu, w którym złożymy roczne zeznanie. Urząd

skarbowy ma określone maksymalne terminy, w których powinien przełać nadpłatę na konto podatnika. Najdłużej na zwrot trzeba czekać, jeśli zdecydujemy się złożyć deklarację w formie papierowej w urzędzie. Wtedy musimy się liczyć z możliwością oczekiwania nawet do trzech miesięcy.

Znacznie szybciej otrzymamy nadpłacony podatek, składając zeznanie w formie elektronicznej za pośrednictwem usługi Twój e-PIT lub przez e-Deklaracje. Urząd skarbowy ma wtedy 45 dni od złożenia zeznania na zwrot podatku. W jeszcze korzystniejszej sytuacji są posiadacze Karty Dużej Rodziny. Jeśli złożą zeznanie drogą elektroniczną, mogą skorzystać z przyspieszonego zwrotu nadpłaty. Otrzymają go w ciągu 30 dni.

Złożenie PIT drogą elektroniczną jest więc jednym ze sposobów na przyspieszenie zwrotu podatku. Trzeba pamiętać również o tym, że im wcześniej prześlemy e-PIT, tym szybciej urząd skarbowy go rozliczy i dokona przelewu.

BĘDĄ KONTROLE

31 stycznia mija termin ważny dla klientów platform internetowych,

CIĘKAWOSTKI Z ZAGRANICY

Niespokojna sytuacja polityczna, odgłosy wojny na wschodzie Europy, zmiany klimatyczne czy chęć dywersyfikacji portfela inwestycyjnego skłaniają coraz więcej osób do rozważenia inwestycji w nieruchomości poza granicami kraju. Oczywistymi kierunkami są kraje Europy, takie jak Hiszpania, Włochy czy Grecja, ale świat nie kończy się na tych kilku lokalizacjach. Inwestorzy coraz częściej interesują się Dubajem, Gruzją, a nawet Kazachstanem czy Singapurem. Na liście potencjalnych kierunków inwestycyjnych jest też Senegal – niemal 365 dni słońca w roku, piękne wybrzeże i dynamiczny rozwój gospodarczy przyciągają kolejnych zainteresowanych.

PODATKI I FINANSE

Dobrostan niejedno ma imię

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

Wśród osób zawodowo związanych z medycyną wiele mówi się o dobrostanie zdrowotnym. Rzadziej wspomina się o dobrostanie finansowym, a przecież jego poprawa może korzystnie wpłynąć na nasze samopoczucie.

Nowy rok stanowi okazję do wyznaczenia sobie nowych celów. Dla niektórych osób priorytetem może być wygospodarowanie dodatkowego czasu dla rodziny albo dla siebie. Można zacząć przykładać więcej uwagi do zdrowego odżywiania lub przeznaczać więcej czasu na aktywność fizyczną. Nawiasem mówiąc, te ostatnie kwestie wpisują się w tegoroczne obchody Roku Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki, który został ustanowiony przez Senat RP.

Miniony rok był z kolei Rokiem Edukacji Ekonomicznej. Senat ogłosił go w celu zwiększenia świadomości finansowej Polek i Polaków. Chodzi o to, byśmy lepiej zarządzali swoimi zasobami finansowymi, mądrze planowali przyszłość finansową oraz racjonalnie korzystali z różnych produktów finansowych. Nieprzypadkowo w ostatnich miesiącach „Gazeta Lekarska” przyłączyła się do popularyzacji tej tematyki wśród lekarzy i lekarzy dentyków.

NOWY ROK, STARE PROBLEMY

Nie wszyscy potrafią wytrwać z postanowieniami noworocznymi do końca grudnia. Nie każdy jednak potrzebuje jakiejś „daty granicznej”, aby dokonać w swoim życiu ważnych zmian. Czasami znacznie lepiej sprawdza się metoda małych kroków. I właśnie ona wydaje się niezwykle przydatna w nauce inwestowania. Może w nowym roku warto zadbać nie tylko o swoje zdrowie, ale również finanse osobiste?

Giełda Papierów Wartościowych to miejsce, w którym odbywa się obrót m.in. akcjami i obligacjami. Z uwagi na to, że nasze oszczędności

są nieustannie podgryzane przez inflację, warto korzystać z tych instrumentów w celu pomnażania nadwyżek finansowych, a przynajmniej ochrony ich siły nabywczej. Samo oszczędzanie nie wystarczy. Osoby, które w ostatnich latach przechowywały środki na

Nowy rok to dobra okazja, aby wysupłać co miesiąc bądź co kwartał pieniądze z myślą o zabezpieczeniu przyszłości finansowej swojej i najbliższych

rachunku osobistym lub lokacie bankowej, w ujęciu nominalnym zyskały, ale po uwzględnieniu inflacji straciły. Historia pokazuje, że inwestowanie pozwala z nią wygrywać.

DUŻO WIEDZY, SPORO WYMÓWEK

Demokratyzacja usług finansowych sprawiła, że obecnie inwestowanie jest w zasięgu prawie wszystkich dorosłych Polek i Polaków. Kto nie wierzy, niech odwiedzi jedną z konferencji poświęconych temu tematowi – prelekcji słuchają na ogół osoby, które nie noszą roleksów, nie są obwieszane złotymi łańcuchami, a o własnym jachcie nawet nie marzą. Praktyczną wiedzę o rynku kapitałowym można znaleźć w książkach i w serwisie YouTube, w podcastach i na blogach, choć oczywiście nie wszystkie są godne polecenia.

„Ale ja nie mam dużego kapitału” – powiedzą niektórzy. To żaden problem. Można inwestować małe kwoty, co dla osób dopiero zaczynających swoją przygodę z rynkiem kapitałowym jest bardzo wskazane. Nowy rok to dobra okazja, aby wysupłać 200, 500 lub 1000 zł co miesiąc bądź co kwartał z myślą o zabezpieczeniu przyszłości finansowej swojej i osób nam najbliższych.

NOWE LIMITY, WYŻSZE KWOTY

Do inwestowania można wykorzystać indywidualne konto emerytalne (IKE), o którym szerzej pisałem w numerze 11/2024, i indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE), którego główne założenia przybliżyłem w numerze 12/2024-1/2025. Do tego warto dołączyć jeszcze nowość – ogólnoeuropejski indywidualny produkt emerytalny (OIPE), którego zalety przedstawiłem w numerze 3/2024. Dzięki nim można w bardzo prosty sposób uniknąć zapłaty tzw. podatku Belki.

Wysokość limitów wpłat na IKE, IKZE i OIPE jest ogłaszana przez ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. W 2025 r. obowiązują kwoty wyższe niż w ubiegłym. Na IKE i OIPE można wpłacić po 26 019 zł, a na IKZE 10 407,60 zł, z tym że osoby samozatrudnione mają wyższy limit IKZE – 15 611,40 zł. To oznacza, że w tym roku da się na preferencyjnych warunkach zainwestować kilkadziesiąt tysięcy złotych. Limitów nie trzeba wykorzystywać w całości.

PRAWO I MEDYCyna

Rzetelność przede wszystkim

Opinie biegłych lekarzy mają istotny wpływ na dalsze życie zawodowe innych osób. Powinni więc mieć świadomość zachowania szczególnej staranności i rzetelności w opiniowaniu.

Do SOR szpitala specjalistycznego zgłosił się 40-letni mężczyzna z bólem w klatce piersiowej utrzymującym się od trzech godzin. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze i nadwaga oraz nikotynizm. Po zbadaniu, wykonaniu badań laboratoryjnych, EKG stwierdzono z odchył od normy przyspieszoną akcję serca, bez innych zmian, miernie podwyższoną leukocytozę i cukier, troponina ujemna. Otrzymał lek przeciwbólowy, po którym dolegliwości się zmniejszyły. Zalecono kontrolę u lekarza rodzinnego, który następnego dnia rano zbadał chorego, zrobił EKG, wydał skierowanie na RTG klatki piersiowej i skierował do SOR szpitala powiatowego. Tam po raz trzeci w ciągu 24 godzin mężczyzna został zbadany, wykonano EKG, troponinę i RTG klatki piersiowej, na którym nie stwierdzono zmian. Chory według zeznań personelu po leku przeciwbólowym poczuł się lepiej i nie wyraził zgody na hospitalizację, czego nie odnotowano w dokumentacji. Lekarka wystawiła skierowanie do poradni kardiologicznej do dalszej diagnostyki i chory udał się do domu. Dwie doby później pojechał do szpitala specjalistycznego, gdzie doszło do NZK – resuscytacja była nieskuteczna. Wykonana niepełna sekcja zwłok wykazała rozwarstwienie z pęknięciem aorty wstępującej w części wewnątrzserdziejowej z tamponadą serca.

SKARGA I PROCES

Żona zgłosiła skargę do prokuratury na lekarki przyjmujące w obu SOR-ach. Prokurator zwrócił się do prywatnego zakładu opiniowania. Opinia ta w sposób jednoznaczny uznawała winę obu lekarek, co dało podstawę do sformułowania zarzutu przestępstwa z art. 160 par. 2 Kodeksu karnego, tj. narażenia chorego na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia. Sąd rejonowy uznał winę lekarek. Zapadł wyrok skazujący.

Ponieważ jedna z obwinionych uzyskała dwie opinie specjalistów, całkowicie

JACEK MIARKA
PRZEWODNICZĄCY
NACZELNEGO SĄDU LEKARSKIEGO



odmienne od opinii biegłego, skierowała skargę do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ) na wydanie niefachowej opinii przez biegłego. OROZ powołał kolejnego biegłego, którego opinia była sprzeczna z opinią biegłego sądowego i wskazywała na prawidłowe postępowanie obwinionych lekarek. W tej sprawie podobnie wypowiedział się zespół lekarzy z Zakładu Medycyny Sądowej. Nie ma różnicy pomiędzy znaczeniem opinii biegłego a opinią biegłego indywidualnego – ostatecznie jej wartość ocenia sąd.

Postępowanie przed sądem lekarskim było dwutorowe: dotyczyło błędu diagnostycznego lekarek (zostało umorzone) i wydania niefachowej opinii przez biegłego – tu został skierowany wniosek o ukaranie do okręgowego sądu lekarskiego (OSL), który uznał winę biegłego i orzekł karę nagany.

Naczelny Sąd Lekarski (NSL), do którego odwołał się biegły, utrzymał w mocy orzeczenie OSL.

CORAZ TRUDNIEJ O DOBRĄ OPINIĘ

Sąd Lekarski jest w stanie w wielu przypadkach sam rozstrzygnąć sprawy dotyczące naszego zawodu. Jednak praktyka sądowa, a także kasacje Sądu Najwyższego obligują coraz częściej do powoływania biegłych. W mojej ocenie uzyskanie dobrej i rzetelnej opinii jest możliwe, ale wymaga coraz więcej wysiłku. Wynika to m.in. z bardzo niskich stawek wynagrodzenia. Jest dla mnie

niezrozumiałe, że biegły w sprawach komunikacyjnych ma stawkę 10 razy większą niż lekarz, biegły w sprawach medycznych. Ponadto nie każdy lekarz ma umiejętność szczegółowej i pogłębionej analizy, jak i syntetycznej oceny zdarzenia. I wreszcie, wszyscy dużo pracujemy, a napisanie opinii nie kończy pracy, bo strony w sądzie często żądają obecności biegłego i odpowiedzi na postawione pytania.

Wracając do opisywanej sprawy i błędów popełnionych przez biegłego. Pominął on w procesie opiniowania istotną część udostępnionego mu materiału dowodowego, jaką były zeznania świadków. W swoich trzech opiniach oparł się wyłącznie na zmianach stwierdzonych w sekcji zwłok (ocena *ex post*) i na dopasowaniu do niej diagnostyki, która umożliwiałaby wcześniejsze rozpoznanie rozwarstwienia aorty na krótkim odcinku, nie zaś na ocenie postępowania *ex ante*, w czasie zdarzenia, uwzględniającej występujące objawy, poprawę po środkach przeciwbólowych i możliwości diagnostyczne lekarzy w momencie udzielania pomocy w SOR.

Wziął pod uwagę tylko zeznania żony. Nie zauważył, że w szpitalu powiatowym na dyżurze nie było możliwości wykonania tomografii komputerowej ani echokardiografii. Zadaniem SOR jest wykluczenie stanów bezpośredniego zagrożenia życia i na to jest ukierunkowana wstępna diagnostyka. Nie jest to diagnostyka wysokospecjalistyczna. ●

PRAWO I MEDYCINA

Matka już nie zawsze jest pewna

PROF. DR HAB. TOMASZ JUSTYŃSKI LL.M.

KIEROWNIK KATEDRY PRAWA CYWILNEGO UMK W TORUNIU

Zastępcze macierzyństwo burzy społecznie i prawnie dotychczasowe wyobrażenia o nim. Wystawia również na próbę i podważa starożytnie postrzeganie rzeczy. Matka w takim przypadku nie jest już jedna.

Starożytni Rzymianie nie mieli wątpliwości, że *mater semper certa est* (czyli, że matka jest zawsze pewna). W przeciwieństwie do ojcostwa macierzyństwo zawsze, tj. tak samo przed dwoma tysiącami lat, jak i prawie do dzisiaj uchodziło za absolutnie pewne. Kobieta, która urodziła dziecko, była jego matką, także w formalnoprawnym znaczeniu.

W międzyczasie, szczególnie w XX wieku, w medycynie prokreacyjnej dokonał się bardzo znaczący postęp. Rozwój ten przyniósł ze sobą także procedurę *surrogate motherhood* (tzw. macierzyństwo zastępcze). Z jednej strony umożliwia ona posiadanie własnego dziecka rodzicom, a w szczególności kobiecie, która w ciąży zająć nie może i w rezultacie nie może urodzić dziecka, ale własne genetycznie potomstwo chce posiadać. Z drugiej zaś budzi poważne wątpliwości etyczne i prawne, związane z przedmiotowym traktowaniem zarówno dziecka, jak i matki zastępczej.

SUROGACJA MACIERZYŃSKA

Zastępcze macierzyństwo (*surrogate motherhood* albo *womb leasing*, czyli „najem łona”) jest różnie rozumiane i definiowane. To najbardziej kontrowersyjne tzw. gestacyjne, o które tutaj chodzi, polega z grubsza na tym, że zainteresowani potomstwem rodzice „zamawiają” urodzenie ich własnego dziecka przez kobietę, tzw. matkę zastępczą (dzisiaj powszechnie nazywaną surogatką), a następnie to własne dziecko zgodnie z umową odbierają od niej i wychowują.

Z medycznego punktu widzenia wszystko odbywa się przy pomocy

technik wspomaganą medycznie prokreacji (zapłodnienie *in vitro*) tyle tylko, że wytworzony zarodek zamiast do organizmu matki genetycznej wszczepiany jest kobiecie

Niejednolite podejście ustawodawców do zastępczego macierzyństwa ma ten skutek, że pojawiła się i dynamicznie rozwija tzw. turystyka surogacyjna

obcej (surogatce), która ma dziecko nosić w ciąży, a następnie to „cudze dziecko” urodzić.

Medycznie rzecz nie jest skomplikowana. Społecznie i prawnie burzy jednak dotychczasowe wyobrażenia o macierzyństwie. Matka w takim przypadku zdecydowanie przestaje być pewna.

KAZUS BABY M. I PUSZKA PANDORY

Pierwsze przypadki urodzenia dziecka w ramach macierzyństwa surogacyjnego pojawiły się w latach 70. XX wieku w Ameryce, a niedługo potem (w latach 80.) także w Europie. Od razu też jak grzyby po deszczu pojawiły się spory prawne, ukazujące w całej rozciągłości, że puszka Pandory została otwarta. Jak nietrudno się domyślić, w większości spraw chodziło o odmowę wydania dziecka przez zastępczą matkę bądź odmowę odebrania go

przez „zamawiających” (zwykle spowodowaną głębokim upośledzeniem dziecka). Czyli kwestia przymusowego wykonania kontraktu. Oczywiście, w tle sporu zawsze obecna była sprawa przesądzenia macierzyństwa.

Już w 1981 r. sąd w Michigan (Syrkowski v. Appleyard) uznał, że prawo nie pozwala na wykonanie kontraktów o zastępcze macierzyństwo i nie nakazał wydania dziecka zamawiającym. W 1988 r. Sąd Najwyższy w New Jersey zmierzył się z odmową wydania „zamówionego” dziecka przez surogatkę, która w międzyczasie żyła się z nim i „zmieniała zdanie” (słynna sprawa Baby M.). Samą odpłatną umowę o zastępcze macierzyństwo również sąd potępił i uznał za nieważną i niewywołującą skutków prawnych, jako sprzeczną z amerykańskim prawem adopcyjnym. System amerykański zabrania bowiem adopcji za wynagrodzeniem (a takie w kwocie 10 tys. dolarów zostało wypłacone surogatce). W konsekwencji za prawną matkę dziecka sąd uznał surogatkę, która je urodziła. Za niewątpliwego ojca natomiast „zamawiającego” (w międzyczasie rozwiódł się on z „zamawiającą”, która przestała być zainteresowana dzieckiem). W tym kontekście ostateczne rozstrzygnięcie mogło zaskakiwać. Dla dobra dziecka prawo do opieki nad nim przyznane zostało nie matce/surogatce, ale ojcu („zamawiającemu”). Surogatce zaś (mimo że prawnej matce dziecka) sąd przyznał jedynie prawo do

JAK JEST W POLSCE

W prawie polskim macierzyństwo zastępcze nie zostało do dzisiaj uregulowane. Mimo to panuje powszechne przekonanie, że nie jest ono dopuszczalne. A precyzyjniej: nie jest dopuszczalne zawarcie umowy o zastępcze macierzyństwo. Słusznie uważana jest ona za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego i z prawem i nawet gdyby została zawarta, nie mogłaby być ważna (art. 58 Kodeksu cywilnego). W konsekwencji wykluczone byłoby korzystanie z pomocy organów państwa (w tym przede wszystkim sądów) dla jej wykonania. Lekarze natomiast nie powinni dokonywać zabiegów implementacji embrionu do organizmu surogatki.

Nie oznacza to jednak, że polski system prawny pozostaje obojętny na sprawę, przynajmniej w zakresie przesądzenia, która z obu matek (biologiczna czy genetyczna) jest matką prawną dziecka. Jedną rzeczą jest bowiem wykluczenie zawierania umów i stosowania procedury macierzyństwa zastępczego w polskich placówkach medycznych, drugą rozstrzygnięcie macierzyństwa prawnego w takich przypadkach. Do niedawna także ta kwestia nie była wyraźnie ustawowo przesądzona. Jednak już wtedy macierzyństwo powszechnie łączono z faktem urodzenia dziecka. W 2015 r. sprawa dojrzała do wyraźnego ustawowego przesądzenia. W ustawie o leczeniu niepłodności (tj. Dz. U. 2020, poz. 442) pojawił się stosowny przepis nowelizujący Kodeks rodzinny i opiekuńczy (art. 61¹⁹⁾: „Matką dziecka jest kobieta, która je urodziła”. Dzisiaj zatem nie może być wątpliwości, że w Polsce prawną matką dziecka jest wyłącznie ta, która je urodziła. Błędem byłoby jednak sądzić, że filozoficzno-etyczny problem dwóch matek zniknął w ten sposób tak samo definitywnie, jak biblijny spór matek rozstrzygnięty ongiś przez króla Salomona.

odwiedzania córki. Paradoksalnie zatem do wydania dziecka doszło, wprowadzenie na podstawie nieważnej umowy, ale jednak.

Zgoła inaczej orzekł sąd stanu Ohio, w którym umowy dotyczące zastępczego macierzyństwa są dopuszczalne. W 1994 r. w sprawie *Belsito v. Clark*

nie tylko nakazał wydanie dziecka zamawiającym, ale właśnie ich oboje, nie zaś surogatkę, uznał za jego prawnych rodziców. Sąd nie postawił na macierzyństwo biologiczne, wynikające z faktu urodzenia, ale na więź genetyczną z zamawiającymi. Warunkiem takiej oceny było to, aby komórka jajowa pochodziła od kobiety „zamawiającej”, zaś plemniki od jej męża („zamawiającego”). W takiej sytuacji oboje „zamawiający” są przeciw rodzicom genetycznymi dziecka i ewentualna umówiona z surogatką jego adopcja jest bezprzedmiotowa. W konsekwencji sąd nakazał wpisanie obojga „zamawiających” w akcie urodzenia dziecka – jako jego rodziców.

W licznych innych procesach sądy amerykańskie opowiadały się raz za macierzyństwem biologicznym, raz za genetycznym. Ważność samej umowy (i zwykle umawiana w niej adopcja dziecka) oceniana była w zależności od regulacji prawnej obowiązującej w danym stanie. Pojawiający się regularnie zarzut dokonywania zakazanej adopcji za wynagrodzeniem (surogatki przecież swoje usługi oferują odpłatnie) próbowano neutralizować, wskazując, że nie chodzi o sprzedaż dziecka, ale o wynagrodzenie kosztów ciąży i poświęconego przez surogatkę czasu. Do dzisiaj w poszczególnych stanach sądy orzekają różnie.

W PRAWIE ZAGRANICZNYM

Z czasem w niektórych krajach prawodawcy zdecydowali o legalności zastępczego macierzyństwa. Ciągłe jest to raczej wyjątek. *Surrogate motherhood* wprost dopuszcza m.in. prawo indyjskie, rosyjskie, ukraińskie, gruzińskie, bułgarskie, prawo niektórych stanów USA (np. Arkansas, Kalifornia, Kolorado, Maryland, Teksasu), Wielkiej Brytanii, Kanady, RPA, Australii i Izraela. Przyjmowane regulacje prawne są bardzo zróżnicowane. Od mocno restrykcyjnych, uzależniających macierzyństwo i wykonalność umowy od licznych przesłanek (w tym np. od braku odpłatności), do całkowicie liberalnych, ograniczających wymagania niemal tylko do faktu zawarcia umowy. Trudno oprzeć się wrażeniu, że te najbardziej liberalne pojawiają się w krajach, w których

traktuje się zastępcze macierzyństwo jako sposób zarobkowania i biznes (w którym niekiedy największy udział mają same kobiety „wynajmujące łono”).

ROZWÓJ TURYSTYKI

Niejednolite podejście ustawodawców do zastępczego macierzyństwa ma i ten skutek, że pojawiła się i dynamicznie rozwija tzw. turystyka surogacyjna. Do Rosji, Ukrainy, Indii, a także (niektórych stanów) USA przyjeżdżają potencjalni zamawiający z krajów, w których zastępcze macierzyństwo nie zostało dopuszczone. Ustawodawca izraelski, negatywnie odnoszący się do *surrogate motherhood* ostatecznie uregulował je (w 1996 r.) właśnie dlatego, że chciał oszczędzić swoim obywatelom konieczności odbywania kosztownej wycieczki zagranicznej.

Rzecz jednak jest bardziej złożona niż w przypadku innej turystyki medycznej, a mianowicie tej aborcyjnej. Chodzi mianowicie o to, że dziecko trzeba nie tylko urodzić, ale jeszcze zalegalizować, i to w kraju niedopuszczającym surogacji urodzeniowej. To drugie zwykle jest problematyczne. Na ogół nie jest możliwe przypisanie rodzicielstwa „zamawiającym”. Pojawiają się więc problemy nie tylko z aktem urodzenia, ale też z obywatelstwem dziecka. Nie działa tu przecież ani prawo ziemi (*ius soli*), ani prawo krwi (*ius sanguinis*). Zwykle konsekwencją jest więc odmowa uwierzytelnienia aktu urodzenia albo nawet dale idące skutki (jak we Włoszech w sprawie *Paradiso i Campanelli*) w postaci odebrania dziecka zamawiającym.

Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETCP), nie wypowiadając się wprost w sprawie dopuszczalności zastępczego macierzyństwa, próbuje narzucać obowiązek transkrypcji aktu urodzenia (*Mennesson przeciwko Francji* – 2014 r.; także w przypadku jednopłciowych par „zamawiających”, np. w sprawie *Foulon i Bouvet przeciwko Francji* – 2016 r.). Napotyka to opór. Nie bez racji wskazuje się, że praktyka Trybunału odbiera znaczenie, a nawet całkowicie pozbawia sensu wprowadzanie krajowych zakazów macierzyństwa zastępczego, skoro mogłyby one być tak łatwo obchodzone. ●

Wystarczy chcieć

Ministerstwo Zdrowia nie skorzystało z gotowych rozwiązań przedstawionych przez samorząd, które wprowadziłyby uczciwe finansowanie publicznej stomatologii.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



W styczniu do koszyka świadczeń stomatologicznych dodano kilka nowych pozycji. Komisja Stomatologiczna opiniowała projekt wprowadzenia zmian już w marcu ubiegłego roku. Zmiany są oczekiwane i bardzo potrzebne, ale wprowadzenie ich w życie przez Ministerstwo Zdrowia okazało się całkowitą kląpą.

W mediach zmiany te okrzyknięto jako „600+ na dentystę”. Niestety ten chwyt marketingowy z czasów poprzednich rządów jest kompletnie chybiony i wprowadza pacjentów w błąd. Nie można wprowadzać nowych procedur bez ich uprzedniej wyceny i umiejscowienia w systemie. Powoduje to niepotrzebne zamieszanie i napięcia.

Trudnej sytuacji można było uniknąć, współpracując z samorządem. Od dawna postulujemy nowe wyceny w stomatologii dziecięcej, zachowawczej i ortodontycznej. Przesłaliśmy nawet gotowe podpowiedzi w uwagach do projektu. Nam również zależy na sprawnym działaniu systemu. Uważam, że potrzebujemy uczciwego finansowania publicznej

stomatologii – nie sposób nie zauważyć tego, że coraz więcej gabinetów wycofuje się z pracy na NFZ, a dalsze niedofinansowanie spowoduje zapaść opieki stomatologicznej w ramach Funduszu.

Dotyczy to również uczelni medycznych kształcących naszych następców. Wiara, że dobrze wykształconych medyków sprowadzimy z zagranicy, została już zweryfikowana przez rzeczywistość. Z Europy nikt się nie kwapi. Pomysł, żeby uzupełnić braki spoza Unii Europejskiej, jest zaś kompletnie chybiony. Różnice w wykształceniu są zbyt duże i powinny być uzupełnione na normalnych zasadach. Pozwolenie na samodzielne wykonywanie zawodu przez lekarza bez gruntownego sprawdzenia jego wiedzy jest zagrożeniem dla pacjenta.

Cała ta sytuacja pokazuje dobitnie, że Ministerstwo Zdrowia nie słucha tych, którym zależy na dobru pacjentów. A przecież mamy samorząd, który podpowiada najlepsze rozwiązania, mamy Radę ds. Rozwoju Stomatologii, w której zasiadają ludzie bezpośrednio zaangażowani w tę część lecznictwa. Wystarczy tylko chcieć. ●

O planowanych zmianach w koszyku świadczeń gwarantowanych pisaliśmy w poprzednim wydaniu „Gazety Lekarskiej”. Przytaczaliśmy wypowiedzi specjalistów, profesorów i konsultantów krajowych z różnych dziedzin stomatologii. Niektórzy mówili wręcz o przełomowych zmianach, o tym, że w końcu pacjenci, których nie stać, by korzystać z prywatnej opieki stomatologicznej, będą mieli dostęp do nowoczesnych form diagnostyki i leczenia w ramach składki opłacanej na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne.

MEDIALNA FALA EUFORII

Rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2025 r. poz. 1) weszło w życie 3 stycznia tego roku. W myśl jego zapisów Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci między innymi za zabiegi, takie jak:

- repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów,
- wizyty adaptacyjne dla dzieci w wieku 3 i 4 lat,
- profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla trzylatków,
- zdjęcia pantomograficzne z opisem dla dorosłych i dzieci,
- protezy całkowite „o charakterze overdenture oparte na zabezpieczonych korzeniach”,
- leczenie w znieczuleniu ogólnym dla wybranych grup pacjentów.

Rozszerzenie katalogu świadczeń wywołało prawdziwą burzę medialną. O zmianach mówiono w największych ogólnopolskich telewizjach, rozgłoszeniach radiowych, pisano w gazetach i na portalach internetowych. Nie brakowało sensacyjnych tytułów: „Prywatnie 3500 zł. Od stycznia nowe protezy na NFZ są za darmo...”, „600 plus na dentystę”. „Od dziś nowe świadczenia u lekarza dentysty na NFZ. Duże zmiany”. „Dofinansowanie 600 zł na dentystę w ramach NFZ”. „Nawet 1600 zł na zabiegi u dentysty na NFZ”.

Nagłówki najlepiej świadczą o tym, jak bardzo wyczekiwanie były zmiany i w jaki sposób interpretowane są zapisy nowego rozporządzenia. Niestety, rzeczywistość jest zupełnie inna.

STOMATOLOGIA

Nowe świadczenia tylko na papierze

ARTUR PEDRYC
DZIENNIKARZ

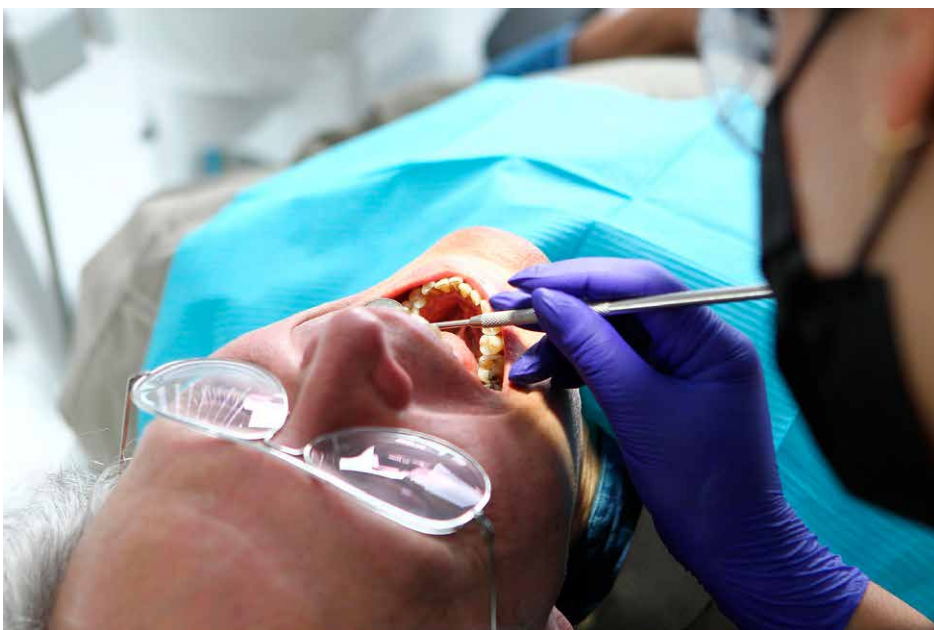
Rozszerzony katalog świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego obowiązuje od 3 stycznia. Niestety, próżno szukać gabinetu, w którym da się je zrealizować. Trudno się temu dziwić – dentyści nie wiedzą, ile dostaną za ich wykonanie i kiedy NFZ zacznie za nie płacić.

► Do koszyka świadczeń gwarantowanych dodano nowe usługi, ale ich nie wyceniono

TRZEBA PYTAĆ RESORT

– Mam podpisany kontrakt z NFZ, posiadam pantomograf cyfrowy, zadzwoniłem więc do Funduszu, by spytać, czy mogę wykonywać zdjęcia i ile za nie dostanę pieniędzy. Usłyszałem, że nie mogą mi udzielić informacji w tej sprawie, bo sami nic nie wiedzą. Kazali zadzwonić ponownie za kilka tygodni. Nie rozumiem tego. Rozporządzenie weszło w życie czy nie? – pyta, nie kryjąc zdziwienia, proszący o anonimowość dentysta z Mazowsza.

Zwróciliśmy się do centrali NFZ z pytaniami, na które nie uzyskał odpowiedzi nasz rozmówca w swoim oddziale wojewódzkim. Dodatkowo poprosiliśmy o wyjaśnienie, czy pacjent, który np. dziś wykonał zdjęcie pantomograficzne w gabinecie nieposiadającym kontraktu z NFZ, może ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów? W ciągu niespełna godziny otrzymaliśmy maila, w którym Paweł Florek, dyrektor Biura Komunikacji Społecznej i Promocji Centrali NFZ w Warszawie, poprosił, abyśmy z tymi pytaniami zwrócili się do Ministerstwa Zdrowia, co uczyniliśmy. Niestety, odpowiedzi z resortu zdrowia nie dostaliśmy do czasu przekazania tego numeru gazety do druku.



fot.: pixabay.com

W NFZ NIE WIEDZĄ, CO ROBIĆ...

Jak się dowiedzieliśmy nieoficjalnie, pracownicy Funduszu nie wiedzą, jak wprowadzić w życie nowe rozporządzenie. Problemem są niejasne zapisy aktu prawnego.

– W nowym koszyku świadczeń gwarantowanych znalazły się np. „protezy o charakterze overdenture”. Ich główną cechą jest to, że mocowane są np. do korzeni zębów za pomocą specjalnych zatrzasków. Tymczasem zatrzaski

nie podlegają refundacji. Co autor rozporządzenia miał zatem na myśli, pisząc „overdenture”? Nie wiadomo. Ministerstwo Zdrowia musi przedstawić szczegółowe rozwiązanie w tej kwestii – słyszymy od pracownika NFZ.

Kontrowersje zarówno wśród stomatologów, jak i pracowników Funduszu budzi także zapis, że skierowanie na wykonanie pantomogramu może wystawić tylko lekarz specjalista. Jak zatem

mają pracować lekarze bez specjalizacji, którzy uprawnieni są do wykonywania świadczeń protetyki stomatologicznej lub endodoncji, a nie mogą kierować na badanie diagnostyczne poprzedzające leczenie?

... I ILE ZAPŁAĆ

Jeszcze większym problemem jest to, że dodano nowe usługi do koszyka świadczeń gwarantowanych, ale ich nie wyceniono. NFZ, nie mając określonej stawki, nie może rozpocząć kontraktowania, a tym bardziej płacić za te procedury.

Wyceną zajmuje się obecnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Według nieoficjalnych informacji swoje wyliczenia miała przekazać do resortu zdrowia jeszcze w styczniu. Później wyceny zostaną poddane konsultacjom, co może zająć kilka kolejnych tygodni. To sprawia, że NFZ za nowe zabiegi z koszyka świadczeń gwarantowanych prawdopodobnie zacznie płacić dopiero wiosną.

Specjaliści przewidują, że taka sytuacja może potrwać do marca. Płatność będzie jednak obejmowała świadczenia wykonane od 3 stycznia 2025 r.

BĘDZIE APEL DO MINISTRA ZDROWIA

– Nowe procedury nie zostały wycenione, NFZ nie może ich wpisać do koszyka świadczeń i za nie płacić. Gabinety nie mogą więc ich realizować. Nowe usługi stomatologiczne opłacane z budżetu

NFZ, nie mając określonej stawki, nie może rozpocząć kontraktowania, a tym bardziej płacić za procedury

państwa zostały zatem zagwarantowane tylko na papierze. W praktyce nie da się z nich skorzystać – mówi Paweł Barucha, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jest zdziwiony, że rozporządzenie w sprawie rozszerzenia katalogu gwarantowanych świadczeń stomatologicznych zawiera takie błędy.

– Komisja Stomatologiczna NRL opiniowała projekt tego aktu prawnego. Ministerstwo Zdrowia dostało praktycznie „gotowca”, ale jak zwykle jakiś urzędnik uznał, że on wie lepiej, i dziś mamy tego efekty – mówi zirytowany wiceprezes NRL.

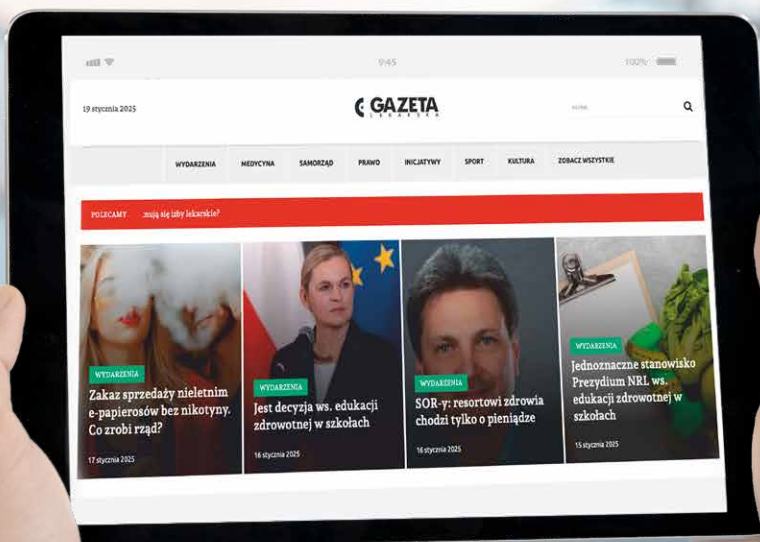
W piątek 17 stycznia zebrała się Komisja Stomatologiczna Naczelnej Rady Lekarskiej. Podczas jej posiedzenia przyjęty został apel do resortu zdrowia o szybką wycenę nowych gwarantowanych świadczeń stomatologicznych oraz o przygotowanie na nowo kosztorysów tych już realizowanych.

To kolejny palący problem polskiej stomatologii. Za niektóre świadczenie NFZ płaci bowiem od dwóch do nawet czterech razy mniej w stosunku do tego, za ile zabiegi te realizowane są prywatnie. ●

reklama

gazetalekarska.pl

więcej niż myślisz



- Wydarzenia i opinie
- Z kraju i ze świata
- Z rządu i samorządu
- Praktyka lekarska
- Prawo i finanse
- Edukacja i technologie
- Na serio i po godzinach

PRAKTYKA LEKARSKA

Psychoonkologia: równy dostęp do opieki

Nie utworzono dotąd w Polsce ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w dziedzinie psychoonkologii, co oznacza, że w poradniach przyjmujących pacjentów onkologicznych nie jest dostępna pomoc psychoonkologiczna – mówi **dr n. zdr. Sebastian Artur Zdończyk**, prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego (PTPO), w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Psychoonkologia to termin funkcjonujący w medycynie od niedawna. W jakich okolicznościach się pojawił?

Psychoonkologia to dziedzina nauki, która zajmuje się psychologicznymi i społecznymi aspektami opieki nad osobami chorymi na nowotwory oraz ich bliskimi. Rzeczywiście, termin ten pojawił się w medycynie stosunkowo niedawno, w latach 70. XX wieku. Za jego twórczynię uznaje się amerykańską psychiatrę Jimmie Holland, która w 1977 r. założyła pierwszą w świecie Klinikę Psychiatrii i Behawioralnych Nauk Onkologicznych w Memorial Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku.

Psychoonkologia powstała w odpowiedzi na rosnącą świadomość, że oprócz leczenia medycznego niezwykle istotne jest wsparcie psychiczne pacjentów onkologicznych. Choroba nowotworowa wiąże się z ogromnym bólem, lękiem, stresem, a często również depresją, co wpływa zarówno na przebieg leczenia, jak i na jakość życia pacjentów. Wprowadzenie psychoonkologii miało na celu zintegrowanie opieki psychologicznej z leczeniem somatycznym, co pozwala na bardziej holistyczne podejście do pacjenta.

Kiedy i z czyjej inicjatywy powstało PTPO? Jaki udział miała w tym prof. Krystyna de Walden-Gałuszko – lekarz psychiatra i była prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego?

W Polsce psychoonkologia zaczęła się rozwijać w latach 90. XX wieku, a obecnie jest uznawana za ważny



foto: archiwum prywatne

elementem opieki nad pacjentami onkologicznymi. W 1992 r. jako jedno z pierwszych w Europie powstało Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, które wspiera rozwój tej dziedziny i promuje jej znaczenie w systemie opieki zdrowotnej. Legitymujemy się więc już ponad 30-letnią historią i doświadczeniem. Prof. Krystyna de Walden-Gałuszko była inicjatorką powołania naszego Towarzystwa i jego współzałożycielką, jego wieloletnią prezeską, obecnie piastuje stanowisko wiceprezes w naszym zarządzie.

Na jej autorytet często powołują się psychoonkolodzy. Jest także

◀ *Chcemy stworzyć algorytm dzięki któremu pacjenci w różnych ośrodkach będą mieli podobną opiekę – deklaruje dr n. zdr. Sebastian Artur Zdończyk*

autorką książki „Psychoonkologia w praktyce klinicznej”. Czy pozycja ta stanowi rodzaj podręcznika lub raczej poradnika dla osób stykających się w swojej pracy z chorymi na nowotwory?

„Psychoonkologia w praktyce klinicznej” to bardzo ważna pozycja dla każdego psychoonkologa, ale również – i mówię to z pełnym przekonaniem – fundamentalne kompendium wiedzy dla każdego onkologicznego, a więc również rodzinną i bliskimi pacjenta oraz personelem medycznym. To takie psychoonkologiczne must have.

Psychoonkologia opiera się na współpracy lekarzy onkologów i psychologów. Na czym polega i jak daleko sięga?

Psychoonkologia jest dziedziną interdyscyplinarną. Opiera się więc na współpracy wielu specjalistów tworzących zespoły interprofesjonalne zajmujące się całościową, komplementarną, koordynowaną opieką nad pacjentem. Współpracujemy zatem z lekarzami, pielęgniarkami, dietetykami, fizjoterapeutami, opiekunami medycznymi, sekretarkami medycznymi, koordynatorami DILO. Nasza

współpraca – czy też współpraca pomiędzy nami – zależy od potrzeb i kompetencji poszczególnych osób wykonujących wspomniane zawody medyczne, a jej osią zawsze jest pacjent i jego funkcjonowanie. Oczywiście, istnieje całe mnóstwo różnych uwarunkowań, m.in. takich jak etap choroby, typ nowotworu, zasoby pacjenta, strategie zaradcze itd.

W pracę terapeutyczną włącza się lekarzy POZ, pielęgniarki, psychologów, pracowników hospicjów i innych.

W jaki sposób?

Istotne wydaje się przygotowanie wymienionych grup zawodowych do pracy z pacjentem onkologicznym. Fundamentalna jest tu komunikacja. Liczne analizy i badania pokazują, że właśnie ten obszar wymaga szczególnego zaopiekowania z perspektywy pacjenta. Poczucie bezpieczeństwa, zrozumienie diagnozy, procesu leczenia, przestrzeganie zaleceń lekarskich – wszystkie te obszary wymagają kompetentnej, empatycznej komunikacji. Przynosi to obopólne korzyści.

Jako PTPO nieustannie podkreślamy konieczność szkoleń w zakresie komunikacji z pacjentem, szczególnie w aspekcie choroby nowotworowej. Poza tym współczesne leczenie to leczenie interprofesjonalne, a to oznacza spotkanie specjalistów z różnych dziedzin, posługujących się specyficznym językiem. Tego języka i słuchania siebie nawzajem też powinniśmy się uczyć.

Jakie kryteria trzeba spełniać i jakie mieć kwalifikacje, by móc pracować z chorymi na raka jako psychoonkolog?

To dość skomplikowane, biorąc pod uwagę dzisiejsze uwarunkowania prawne. Zgodnie z definicją ministerialną psychoonkolog to osoba, która ukończyła wyższe studia na kierunku medycznym oraz studia podyplomowe z psychoonkologii. Zatem każdy, kto spełnia te – w naszym przekonaniu bardzo szerokie kryteria – może mianować się psychoonkologiem. Definicja w takim brzmieniu nie została niestety skonsultowana ze środowiskiem psychoonkologów. Towarzystwo dąży do tego, aby dokonać wyraźnego rozdziału dwóch rodzajów kompetencji oraz uporządkować sposób uzyskiwania kwalifikacji. Chodzi

nam o jednoznaczne określenie, że psychoonkolog to psycholog, który ukończył studia w dziedzinie psychoonkologii, natomiast wszystkie pozostałe osoby wykonujące zawody medyczne pracujące z pacjentem onkologicznym powinny zostać przeszkolone w tym zakresie. Coraz częściej słyszymy też dość liczne głosy środowiska psychoonkologów, że analogicznie choćby do psychologii klinicznej powinno się stworzyć ścieżkę specjalizacyjną z psychoonkologii klinicznej, psychoseksuologii klinicznej.

Za każdym razem uwzględniamy potrzeby pacjenta i jego środowiska, dobierając adekwatne metody i formy pracy psychoonkologicznej

Wsluchujemy się w te głosy i prowadzimy rozmowy z różnymi środowiskami i specjalistami.

Ilu mamy psychoonkologów? Jak duże jest zapotrzebowanie na ich usługi i czy spełniają oni oczekiwania chorych, jeśli chodzi o dostępność?

Szacujemy, że jest nas kilkadziesiąt osób w Polsce. Biorąc pod uwagę liczne badania dotyczące zapotrzebowania na wsparcie psychoonkologiczne, blisko połowa pacjentów wymaga naszych różnorodnych działań, m.in. wsparciowych, diagnostycznych, psychoedukacyjnych, terapeutycznych. Niestety, nie utworzono dotychczas w Polsce ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w dziedzinie psychoonkologii, co oznacza, że w poradniach przyjmujących pacjentów onkologicznych nie jest dostępna pomoc psychoonkologiczna. Pracujemy obecnie nad tym, aby psycholog/psychoonkolog dostępny był dla pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej w trybie ambulatoryjnym. Przecież bardzo często pacjent uzyskuje informacje o diagnozie, rozpoznaniu, wznowie choroby właśnie w przychodni. Zatem

najbardziej stresogenne informacje o swojej chorobie uzyskuje, zanim trafi do leczenia szpitalnego. Obecnie realia są takie, że na pomoc psychologa/psychoonkologa może liczyć dopiero w trakcie hospitalizacji.

W jaki sposób weryfikowana jest jakość i skuteczność terapii psychoonkologów? Czy podlegają oni superwizji jak inni psychoterapeuci? Kto się tym zajmuje?

Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne powołuje kompetentne osoby, które legitymują się Certyfikatem Superwizora Psychoonkologa. Mają one doświadczenie w pracy psychoonkologicznej. Aby uzyskać taki certyfikat, musiały spełnić określone kryteria certyfikacyjne. Dla profesjonalistów wykonujących zawód psychoonkologa oczywiste jest, że swoją pracę poddają superwizji, uzyskując informacje merytoryczne dotyczące własnej pracy, jak również profilaktyki w zakresie ochrony własnego zdrowia psychicznego. Listę certyfikowanych i rekomendowanych superwizorów psychoonkologów zamieszczamy na naszej stronie internetowej.

Co do kształcenia, udzielamy patronatu naszego Towarzystwa dla uczelni kształcących psychoonkologów. Ukończenie takich rekomendowanych studiów podyplomowych jest warunkiem niezbędnym do uzyskania certyfikatu psychoonkologa PTPO, po spełnieniu oczywiście dodatkowych kryteriów. Wszystkie te kryteria dla certyfikowanych psychoonkologów czy też superwizorów psychoonkologów zawarte są w regulaminie certyfikacji, również dostępnym na stronie internetowej naszego towarzystwa pod adresem www.ptpo.org.pl

Pracujecie Państwo z ciężko chorymi ludźmi. Wielu z nich balansuje na granicy życia i śmierci. Czy trzeba mieć jakies szczególne predyspozycje, aby zostać psychoonkologiem?

Poza wiedzą i kwalifikacjami niezbędnymi do pracy ważne są również kompetencje emocjonalne, komunikacyjne oraz poczucie

każdego z nas, że jest na właściwym miejscu. Potrzebna jest także empatia, umiejętność słuchania, ale również samoświadomość emocjonalna pozwalająca na rozpoznawanie i zrozumienie własnych procesów emocjonalnych. Mogę jeszcze wymienić wiele aspektów, choćby współczucie, cierpliwość, wyrozumiałość, otwartość, refleksyjność, odczuwanie satysfakcji z pomagania, z własnej pracy. Myślę, że ten katalog predyspozycji jest wciąż otwarty i niejako uzupełnia się wraz ze zmieniającą się specyfiką pracy psychoonkologicznej.

Jaka jest obecnie rola psychoonkologii, jej miejsce w systemie ochrony zdrowia i jakie są perspektywy rozwoju tej specjalności?

Psychoonkologia obecna jest w kilku przestrzeniach w systemie ochrony zdrowia. To obecność psychologa, psychoonkologa na oddziałach onkologicznych, to uczestnictwo w konsyliach onkologicznych w tzw. Unitach, choćby Breast Cancer, czy też udział w zespole specjalistów w Colorectal Cancer Unit. Liczymy wciąż na zmiany w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Uzyskaliśmy stosowne opinie konsultantów krajowych, zaprezentowaliśmy nasze stanowisko na posiedzeniu Krajowej Rady Onkologicznej. Czekamy na dalszy rozwój sytuacji.

Jakie są najnowsze standardy dotyczące komunikacji według rekomendacji European Society For Medical Oncology (ESMO)?

Nowotwory stały się wszechobecne. Chorują dzieci, młodzież, seniorzy, a więc osoby w każdym wieku. Wsparcie psychoonkologa jest dostosowywane do wieku pacjenta, do stanu zaawansowania choroby i innych czynników i wszystkie one warunkują metody, formy naszej pracy z pacjentem i jego otoczeniem psychospołecznym. Dzisiejsza praca to poza pracą z pacjentem, praca z rodziną, bliskimi. Inaczej pracujemy z dziećmi, młodzieżą, a inaczej z osobami dorosłymi. Wynika to z wielu uwarunkowań, choćby rozwojowych, emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych. Za każdym razem uwzględniamy potrzeby pacjenta i jego środowiska, dobierając adekwatne metody i formy pracy psychoonkologicznej.

Czy PTPO dostrzega potrzebę stworzenia modelu opieki psychoonkologicznej, odpowiadającej potrzebom zarówno pacjentów, ich bliskich, jak też personelu medycznego i samych psychoonkologów?

Jesteśmy na etapie przygotowywania modelu, standardu, rekomendacji zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w opiece psychoonkologicznej. Chcemy stworzyć algorytm postępowania, dzięki któremu pacjenci w różnych ośrodkach leczenia będą mieli podobną opiekę psychoonkologiczną z zastosowaniem choćby metod badań przesiewowych dotyczących np. lęku czy depresji. Przyniesie to obopólne korzyści zarówno dla pacjentów, jak i psychoonkologów. Pracujemy dużym zespołem specjalistów z całego kraju. Na wiosnę chcielibyśmy zaprezentować wyniki naszych prac.

W jakim kierunku zmierza światowa psychoonkologia i czy Polska wpisuje się w te trendy?

Psychoonkologia dynamicznie się rozwija, dostosowując metody działania do zmieniających się potrzeb pacjentów i postępów w medycynie. Obecnie można wyróżnić kilka kluczowych trendów w tej dziedzinie, jak choćby integracja opieki psychologicznej z leczeniem onkologicznym. Coraz większy nacisk kładzie się na holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniające leczenie medyczne i wsparcie psychologiczne. Włączenie psychoonkologów w proces terapeutyczny od momentu diagnozy staje się standardem w wielu ośrodkach onkologicznych. Kolejny ważny aspekt to wsparcie dla rodzin i opiekunów. Zrozumienie, że choroba nowotworowa wpływa nie tylko na pacjenta, ale także na jego bliskich, prowadzi do rozszerzenia opieki psychoonkologicznej na rodziny. Programy wsparcia pomagają im radzić sobie z emocjami i stresem związanym z chorobą bliskiej osoby. Swoistego rodzaju *signum temporis* to zastosowanie nowych technologii: wykorzystanie telemedycyny, aplikacji mobilnych

czy też platform online umożliwiających szerszy dostęp do wsparcia psychoonkologicznego, zwłaszcza dla pacjentów z ograniczonym dostępem do specjalistów. Współczesne leczenie to terapie spersonalizowane i w psychoonkologii również następuje personalizacja interwencji psychologicznych polegająca na dostosowaniu metod terapeutycznych do indywidualnych potrzeb pacjentów, z uwzględnieniem ich osobowości, rodzaju nowotworu oraz etapu leczenia. Kontynuowane są również badania mające na celu zrozumienie, w jaki sposób stan psychiczny pacjenta wpływa na efektywność leczenia onkologicznego i proces zdrowienia. Wyniki tych badań podkreślają znaczenie wsparcia psychologicznego w terapii nowotworowej. Ważna staje się edukacja i profilaktyka.

Obecnie znacznie wzrosła świadomość znaczenia zdrowia psychicznego w profilaktyce nowotworowej. Jak na to reaguje psychoonkologia?

Pojawiają się programy edukacyjne promujące zdrowy styl życia, radzenie sobie ze stresem i znaczenie regularnych badań profilaktycznych. Obserwuje się rozwój specjalistycznych szkoleń dla psychoonkologów. Wzrost zapotrzebowania na usługi psychoonkologiczne prowadzi do intensyfikacji programów szkoleniowych dla specjalistów, aby zapewnić wysoką jakość opieki psychologicznej dla pacjentów onkologicznych. W tym rozwoju należy uwzględnić różnorodność systemów ochrony zdrowia i ich finansowanie, prawne regulacje zawodu psychoonkologa i wiele innych czynników. Działania PTPO wpisują się w te trendy poprzez uczestnictwo w IPOS (Międzynarodowe Towarzystwo Psychoonkologiczne) oraz liczne kontakty ze środowiskiem psychoonkologów z krajów europejskich, z którymi spotykamy się na naszych krajowych konferencjach psychoonkologicznych. Na taką konferencję z udziałem gości zagranicznych zapraszamy do Gdańska w dniach 11-13 września 2025 r. ●

Schemat postępowania w sytuacji interwencji Policji w podmiocie leczniczym

Lekarzu bądź świadomy swoich praw!

Żądanie informacji o pacjencie

OPIS
DZIAŁANIA
POLICJI

Lekarz może udzielić informacji Policji tylko, jeśli pacjent nie sprzeciwił się udostępnieniu tych danych lub w sytuacjach wyraźnie przewidzianych przez prawo.

PODSTAWA PRAWNA

Art. 180 § 2
Kodeksu postępowania
karnego
Art. 40 ust. 11 i 2
ustawy o zawodach lekarza
i lekarza dentysty

**MODEL
ROZWIĄZANIA**

Żądanie dokumentacji medycznej

OPIS
DZIAŁANIA
POLICJI

Policja może żądać dokumentacji medycznej w postępowaniu przygotowawczym, na mocy postanowienia sądu lub prokuratora.

PODSTAWA PRAWNA

Art. 26 ust. 3 pkt 3
ustawy o prawach
pacjenta i Rzeczniku

MODEL

Wydawanie poleceń przez funkcjonariuszy Policji

OPIS
DZIAŁANIA
POLICJI

Policja nie ma prawa wydawać lekarzom poleceń dotyczących leczenia pacjentów. Może jednak w określonych przypadkach, np. podczas działań operacyjnych, polecić lekarzowi przeprowadzenie określonych czynności.

PODSTAWA PRAWNA



Art. 226
Kodeksu postępowania
karnego

Lekarz powinien odmówić udostępnienia dokumentacji medycznej, jeśli nie ma nakazu sądu lub prokuratora. W sytuacji takiego żądania należy wezwać kierownika placówki.

Art. 14 ust. 1 i 2
ustawy z dnia
6 kwietnia 1990 r. o Policji

Art. 4
ustawy z dnia 5 grudnia
1996 r. o zawodach
lekarza i lekarza dentysty

MODEL
ROZWIĄZANIA

Zgodnie z tym przepisem, lekarz jest zobowiązany do wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania chorób i leczenia oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Oznacza to, że to lekarz podejmuje decyzje dotyczące leczenia pacjenta na podstawie swoich kwalifikacji oraz w oparciu o stan zdrowia pacjenta.

MODEL
ROZWIĄZANIA

Lekarz powinien poprosić Policję o wskazanie podstawy prawnej dla żądania karty zgonu. Lekarz nie ma obowiązku i uprawnienia do wydania karty zgonu Policji. Karta zgonu jest dokumentem wydawanym wyłącznie podmiotowi uprawnionemu przez ustawę. Wpis do dokumentacji medycznej o zaistniałym zdarzeniu.

Wydawanie karty
zgonu Policji

OPIS
DZIAŁANIA
POLICJI

Policja żąda wydania przez lekarza karty zgonu, pomimo że nie jest do tego uprawniona zgodnie z przepisami prawa

PODSTAWA
PRAWNA

Art. 11 ust. 4
oraz
Art. 10 ust. 1 i 3
ustawy o cmentarzach
i chowaniu zmarłych

Funkcjonariusze mogą uzyskać informacje o pobycie osoby w szpitalu, jego rozpoczęciu i przewidywanym czasie trwania, jeśli jest to niezbędne do realizacji ich zadań. Informacje o stanie zdrowia pacjenta mogą zostać ujawnione Policji, gdy:

- sąd zwolni lekarza z obowiązku tajemnicy lekarskiej;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu przez funkcjonariusza o niekorzystnych skutkach jej ujawnienia.

Tajemnica lekarska może być udzielona także w przypadku gdy:

- badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych organów i instytucji, zgodnie z odrębnymi ustawami – lekarz jest wówczas obowiązany poinformować wyłącznie te organy i instytucje;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji związanych z udzieleniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
- przepisy innych ustaw wprost stanowią o obowiązku ujawnienia informacji przez lekarza.

Skontaktuj się
z Rzecznikiem Praw
Lekarza przy Naczelnej
Izbie Lekarskiej



Zeskanuj mnie!

Piachem w tryby maszyny szczepień

Jeśli tak prosta czynność jak szczepienie wymaga zarządzenia liczącego 144 strony, nie jest dobrze. Biurokratyczne pomysły decydentów pojawiają się bez jakiegokolwiek skrępowania i nikt nie czuje zażenowania. A nawet jeśli czuje, nie ma chęci, by to zmienić.

Oszczepieniach wykonywanych w aptekach przez farmaceutów w innych krajach usłyszałem niecałe osiem lat temu. Byłem zdziwiony zarówno faktem, jak i tokiem myślowym oraz ustawodawczym, które doprowadziły do „zmiany paradygmatu apteki jako punktu dystrybucji leków”. Zapoznawałem się z różnymi rozwiązaniami stosowanymi nie tylko w europejskich aptekach. Wszędzie mechanizm był podobny: zdziwienie, negacja, zrozumienie, akceptacja, ustawodawstwo, pilotaż, implementacja oraz zadowolenie.

W Polsce na początku to nie przeszło. Niemniej ziarno zostało zasiane. A potem wybuchła pandemia... Pierwsze szczepionki przeciw COVID-19 pojawiły się tuż po Bożym Narodzeniu 2020 r. Proces legislacyjny toczył się „jak żółw ociężałe”. Mimo że umierało wielu mieszkańców naszego kraju, szkolenia teoretyczne i praktyczne dla farmaceutów zaczęły się odbywać dopiero w kwietniu 2021 r. Centra Symulacji Medycznych przeżywały obłędzenie. Na ok. 26 tys. farmaceutów pracujących w aptekach uprawnienia do kwalifikacji oraz wykonywania szczepień uzyskało ok. 9 tys. Dużo.

RUSZAJĄ PUNKTY APTECZNE

Pierwsi szczepiący farmaceuci w niewielkiej liczbie zostali zatrudnieni w różnego rodzaju masowych punktach szczepień. Przełom nastąpił w lipcu 2021 r., gdy dzięki ustawie, a nie tylko rozporządzeniu, ruszyły apteczne punkty szczepień. O ile dobrze pamiętam, w pierwszym rzucie było nas poniżej 500. Byłem wśród nich, choć początkowo nie było to pewne. Dlaczego? Bo od początku prowadzę aptekę tylko leków gotowych. Według pierwotnej interpretacji NFZ odnoszącej się do rozporządzenia ws. wykazu pomieszczeń aptek szczepienia w tego typu aptekach nie powinny się odbywać. Zarazem inne rozporządzenie precyzuje, że szczepienia mogą się odbywać w tzw. ekspedycji

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



lub pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym. Pomieszczenie do wykonywania receptury nie jest do tego potrzebne, a tym bardziej niezbędne. W każdym razie Ministerstwo Zdrowia szybko wydało komunikat, który wielu tego typu aptekom otworzył drogę do szczepień.

Jednak najpierw trzeba było podpisać umowę z NFZ. Farmaceutyczne umysły ściśle nie są przyzwyczajone do stykania się z biurokratycznymi absurdami płatnika. Moja apteka istnieje w Pleszewie w tym samym miejscu od 1996 r., ale dopiero jako punkt szczepień musiała mieć przypisaną... długość i szerokość geograficzną miejsca wykonywania działalności. Należało złożyć oświadczenie, że zapoznano się z odpowiednimi przepisami oraz że apteka... jest apteką. Formularz – z błędami – był autorstwa NFZ. Liczył ok. 2700 znaków, ale na portalu NFZ należało go wkleić w pole mieszczące ok. 2000 znaków.

Powtórzyć: w tym czasie ludzie masowo chorowali i umierali, a biurokratyczne pomysły pojawiały się bez jakiegokolwiek skrępowania. Gdy próbowaliśmy interweniować, w odpowiedzi słyszeliśmy, że „wszyscy tak muszą robić”. Nikt nie czuł zażenowania. A jeśli czuł, nie miał chęci, by to zmienić. Ten brak chęci było widać od dołu do góry. Pamiętam również sytuację, gdy góra musiała interweniować, ale wtedy dół czuł się urażony.

Po zetknięciu się z betonową ścianą biurokracji farmaceuci zaczęli szczepić w aptekach. Natychmiast się okazało, że wbrew początkowym obawom pacjenci zaakceptowali farmaceutów jako „robiących zastrzyki”. Lawina ruszyła.

PRZECIWKO 27 CHOROBYM...

Duża dostępność aptek, długie godziny pracy, także w dni świąteczne, brak kolejek spowodowany znakomitym wykorzystaniem narzędzi informatycznych okazały się strzałem w dziesiątkę. Pacjenci byli zachwyceni, co wiele razy dawali odczuć. Polecali nas jeden drugiemu. Całymi rodzinami przyjeżdżali z daleka.

Jak w innych krajach, pierwszym celem wykorzystania aptecznych punktów szczepień było odciążenie lekarzy zajętych leczeniem chorych, głównie na COVID. Drugim był wzrost wyszczepialności, czyli profilaktyka.

Wyprzedzając fakty, dodam, że w czasie formalnego trwania pandemii ok. 2 tys. farmaceutów podało nieco ponad trzy miliony dawek. W grudniu 2023 r. i w styczniu 2024 r. co czwarte szczepienie przeciw grypie zostało wykonane przez farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych. A w okresie październik-listopad 2024 r. wykonali więcej (!) szczepień przeciw COVID-19 niż wszystkie pozostałe podmioty razem wzięte.

Obecnie szczepi ok. 2 tys. farmaceutów w ok. 1300 aptekach.

Po koniec 2021 r. ustawodawca zauważył, że zbyt biurokratycznie podchodząc do naszych uprawnień, zablokował nam możliwość szczepienia przeciw grypie, która wtedy była zagrożeniem większym niż w innych latach. Jak gdyby domięśniowe podanie tych dwóch (a później także innych) szczepionek istotnie się różniło. Rozwiązano i ten problem. Obecnie możemy szczepić przeciwko 27 chorobom.

Nie wiedzieć czemu z resortu zdrowia później wyszedł pomysł, by apteczne punkty szczepień docelowo miały mieć oddzielne wejście, szatnię dla pacjentów oraz bieżącą wodę, ciepłą i zimną. Jak gdyby ktoś zapomniał, że apteki nie są z gumy.

Skończyło się odpowiednim rozporządzeniem MZ. Szatnia i oddzielne wejście nie są potrzebne. Za to w wielu przypadkach na wyposażeniu musi być... mobilna umywalka. Po co i dla kogo? Tęgo nikt nie wie.

...Z ZARZĄDZENIEM NA 144 STRONY

Od 1 listopada 2023 r. obowiązuje zarządzenie prezesa NFZ (144 strony), które narzuca zasady wykonywania i rozliczania szczepień. Do zawarcia umowy według nowych popandemicznych reguł potrzebna jest specjalna aplikacja z NFZ. Wklepywanie danych, które NFZ i tak już posiada, jest czasochłonne. Zniechęca. Na koniec zarówno papierowe dokumenty, jak również

ich cyfrowe kopie nagrane na płycie CD trzeba włożyć do dwóch kopert, jedna w drugą, i listem poleconym przesłać do NFZ.

Gdy jako jeden z kilkunastu pierwszych w Polsce uporałem się z tymi absurdami, przeżyłem miłe zaskoczenie. Pracownicy Wielkopolskiego Oddziału NFZ telefonicznie i z wielką życzliwością pomagały w przebrnięciu przez ich archaiczny system informatyczny. Inni farmaceuci też uzyskiwali taką pomoc, a więc działanie było systemowe. W związku z tym kolejny raz powstaje pytanie, po co tworzyć skomplikowane i nieżyciowe przepisy, by ich skutkiem była niepotrzebna i frustrująca praca tylu osób, w tym pracowników NFZ?

Nowa tura (od października 2024 r.) szczepień przeciw COVID dostarczyła nowych wrażeń. Aby rozliczyć kolejny miesiąc, należy dokonać korekty za dużo wcześniejsze szczepienia, które dopiero teraz są zakwestionowane przez NFZ. Przyczyna kwestionowania? Nieznana. Dlaczego komunikat zwrotny z NFZ informuje, że pacjent szczepiony trzy dni wcześniej (choć w poprzednim miesiącu) został już rozliczony (co jest niewykonalne)? Tęgo też nie wiadomo.

Mógłbym podać jeszcze wiele równie absurdalnych przykładów, jednak czas na konstruktywne wnioski.

Jeśli tak trywialna – z księgowego punktu widzenia – czynność jak szczepienie wymaga zarządzenia liczącego 144 strony, choć w trakcie pandemii rozliczanie było bardzo proste, nie jest dobrze. Jeśli inne procedury są komplikowane według podobnych zwyczajów, jest jeszcze gorzej.

Jeśli inteligentni ludzie, farmaceuci i lekarze, zamiast wykonywać swój zawód, tracąc czas na spełnianie zachcianek biurokratów, jest fatalnie. Jeśli wypalają się w swej pracy także dzięki niepotrzebnym utrudnieniom, jest gorzej niż fatalnie. Najgorsze w tym wszystkim jest to, że nikt z decydentów nie reaguje. Nie widzi skutków swych negatywnych decyzji lub zaniechań wynikających z przyzwyczajenia. Nie widzi potrzeby ich zmiany, czyli radykalnego uproszczenia. Nie widzi, że ich działania z jednej strony są obrażą dla profesjonalistów zajmujących się chorymi, a z drugiej są piachem w tryby skomplikowanej maszyny, która bez profesjonalistów nie będzie działać. Za to działać będą twórcy zarządzeń liczących 144 strony lub więcej. ●

List do redakcji

Tak dla sformalizowania certyfikatów

Na łamach „Gazety Lekarskiej” 8 listopada ubr. ukazał się bardzo ważny artykuł red. Sulikowskiej dotyczący certyfikatów umiejętności lekarskich, m.in. echokardiografii prenatalnej i kardiologii prenatalnej, bezpośrednio nas dotyczących.

Jako przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej (rok założenia 2018) mamy szczególnie mandat do wypowiedzenia się na ten temat. Historycznie ujmując, w XX wieku (lata osiemdziesiąte/dziewięćdziesiąte) pierwszymi lekarzami, którzy zwrócili uwagę na znaczenie badania serca płodu, byli kardiologowie dziecięcy: w USA m.in. J. Huhta, w Wielkiej Brytanii L. Allan, we Francji L. Fermont. Od tego czasu nastąpił burzliwy rozwój prenatalnych badań kardiologicznych, które aktualnie wykonują położnicy, pediatrzy, genetycy, radiolodzy oraz kardiologowie dziecięcy. Ukazało się wiele podręczników zarówno na świecie, jak i w Polsce, których

autorzy pracują w wymienionych wyżej specjalnościach.

Aktualnie mówimy już o konieczności formalnego powołania do życia nowej dziedziny medycyny, jaką jest kardiologia prenatalna.

W tym kontekście myślenie, że kardiologia prenatalna jest wyłącznie domeną kardiologii pediatricznej, jest, mówiąc delikatnie, reliktem z XX wieku, który nie odpowiada współczesnym trendom wykazującym potrzebę adresowania badania serca płodu u każdej ciężarnej.

Polskie Towarzystwo Kardiologii Prenatalnej popiera kierunek działań Ministerstwa Zdrowia i prac nad sformalizowaniem certyfikatów umiejętności. Nasze Towarzystwo ma wypracowane i sprawdzone zasady przyznawania certyfikatów, m.in. w oparciu o wkład zainteresowanych

lekarzy do Ogólnopolskiego Rejestru Problemów Kardiologicznych u Płodów www.orpkp.pl, w którym to Rejestrze zgromadzono ponad 7000 płodów z wadami serca i stworzono wideotekę dla celów szkoleniowych kolejnych naszych adeptów. Według zasad PTKP Certyfikat Badania Serca Płodu przyznano ponad 50 lekarzom.

Mamy wypracowane zasady przyznawania certyfikatów także dla ekspertów kardiologii prenatalnej, których w Polsce mamy aktualnie 12.

Czekamy na dalsze wytyczne ze strony Ministerstwa Zdrowia, licząc na to, że praca naszego środowiska (spoza Warszawy) zostanie zauważona.

Z poważaniem

W imieniu Zarządu Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej
Prof. M. Respondek-Liberska,
Prof. M. Słodki, Prof. K. Preis,
Prof. M. Wicheń

Referencje (14 pozycji spośród > 200 opublikowanych przez zespół ICZMP z Łodzi na temat kardiologii i echokardiografii płodu): do wglądu na www.gazetalekarska.pl

PRAKTYKA LEKARSKA

Przerwać krąg milczenia

Jeśli podejrzewamy, że dziecko doświadcza przemocy seksualnej, mamy obowiązek zareagować. Nie wpadajmy w pułapkę myślenia, że musimy mieć pewność. To organy ścigania są od potwierdzania – mówi **Justyna Kotowska**, zastępca przewodniczącej Państwowej Komisji do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Jak wiele dzieci w Polsce doświadcza przemocy seksualnej? Nie mamy dokładnych statystyk, ponieważ wiele takich spraw pozostaje nieujawnionych. Dzieje się tak, ponieważ dzieci są zależne od dorosłych. Jeśli brakuje sprzyjających warunków, nie opowiedzą o swojej krzywdzie. Szacuje się, że około 8 proc. małoletnich jest wykorzystywanych seksualnie z kontaktem bezpośrednim, a bez takiego kontaktu – 26-27 proc. Do nich zalicza się między innymi przestępstwa z użyciem nowoczesnych technologii, gdzie sprawca fizycznie nie dotyka dziecka. To sytuacje, w których na przykład dziecko wykonuje czynności seksualne przed ekranem laptopa czy smartfona podczas live streamingu lub jest nagrywane. Często po takim zdarzeniu sprawca szantażuje, że udostępni nagrania na forum publicznym. Robi to, by otrzymywać kolejne materiały. Internet daje niestety niesamowite możliwości działania. Warto też podkreślić, że zarówno w przypadku wykorzystania fizycznego, jak i niebezpośredniego konsekwencje mogą być równie drastyczne. Te dzieci żyją w potwornym lęku, część z nich podejmuje próby samobójcze.

Jakie są największe błędne przekonania na temat przemocy seksualnej, które pokutują w społeczeństwie i powodują, że dzieci boją się ujawnić, co ich spotkało? Niestety takich stereotypów jest mnóstwo. Na przykład, że niemożliwym jest, aby osoba dobrze sytuowana, mająca osiągnięcia w pracy albo zasłużona dla lokalnej społeczności mogła skrzywdzić dziecko. Kolejny stereotyp to myślenie, że dziecko samo inicjuje kontakty seksualne.

Często też nie wierzy się dziecku, które zdecydowało się opowiedzieć, że było miesiącami czy nawet latami wykorzystywane, bo „przecież wcześniej nic takiego nie mówiło i nie było żadnych objawów”. Jest mnóstwo przekonań, które pięknie pracują na to, aby pokrzywdzeni nie mówili, co ich spotkało. Tymczasem ujawnienie jest bardzo ważne. Im bardziej sprawca czuje się bezkarny, tym większe prawdopodobieństwo, że nie przestanie krzywdzić i będzie krzywdził coraz brutalniej oraz że wykorzysta kolejne dzieci.

Szacuje się, że około 8 proc. małoletnich jest wykorzystywanych seksualnie z kontaktem bezpośrednim, a bez takiego kontaktu – 26-27 proc.

Dlatego często sprawcy nie wybierają przypadkowych dzieci. Obserwują otoczenie i biorą na cel dziecko, które z małym prawdopodobieństwem otrzyma wsparcie we właściwym momencie. Zbyt często zdarza się, że krzywda dziecka pozostaje przez długi czas nierozpoznana.

W jaki sposób lekarze mogą pomóc w przerwaniu tego kręgu milczenia?

Rola lekarzy w rozpoznawaniu przemocy seksualnej wobec dzieci jest bardzo ważna.

Szpecially jeśli małoletni nie ma oparcia wśród bliskich albo to właśnie ktoś z rodziny lub znajomych rodziców jest sprawcą. Objawy przemocy seksualnej bywają niespecyficzne, dlatego trzeba być uwrażliwionym w tym temacie. Warto walczyć o wprowadzenie tej tematyki do programów kształcenia lekarzy. Zjawisko jest na tyle powszechne, że nie ma szans, aby lekarze prędzej czy później nie spotkali takiego pacjenta. Zależy nam na tym, aby w programach szkoleniowych specjalizacji lekarskich znalazły się treści dotyczące wiedzy na temat rozpoznawania przypadków dzieci wykorzystywanych seksualnie oraz sposobów reagowania w sytuacji, kiedy podejrzewam, że mój pacjent doświadcza przemocy seksualnej. Będziemy działać w tym zakresie z Naczelną Izbą Lekarską i z towarzystwami lekarskimi.

Co powinno szczególnie zaalarmować lekarza?

Gdy dziecko jest zależnione, mało mówi, czujnie obserwuje otoczenie, ma ślady okaleczeń lub innych urazów, to z pewnością należy zwrócić na nie szczególną uwagę. Oczywiście, takie zachowania nie muszą świadczyć o wykorzystaniu seksualnym, ale wymagają pogłębionego wywiadu. Na pewno większą szansę na rozpoznanie mają lekarze, którzy widzą dziecko cyklicznie.

W identyfikacji dużą rolę mogą też odegrać lekarze dentyści. Na przykład zmiany w jamie ustnej w przebiegu chorób wenerycznych

to bardzo wyraźny wskaźnik. Trzeba też mieć na uwadze, że jeżeli sprawcą jest wysoko funkcjonujący rodzic/opiekun ustawowy dziecka, to będzie on unikać wizyt dziecka u psychiatry, psychologa czy pediatry, ponieważ wie, że ci specjaliści mają największą wiedzę w kwestii przemocy seksualnej wobec dzieci. Dobrą okazją do ujawnienia są pobyty dziecka w szpitalu przy okazji innych dolegliwości – sytuacja odizolowania od sprawcy sprzyja, by wyjawilo, że jest wykorzystywane. Lekarze powinni być przygotowani na takie wyznanie i umieć odpowiednio zareagować. Po pierwsze nie obiecywać czegoś, czego nie są w stanie dotrzymać. Na prośbę dziecka, że ono opowie o czymś, ale pod warunkiem zachowania dyskrecji, można odpowiedzieć, że dochowanie tajemnicy zależy od tego, jakiej sprawy dotyczy, i że w niektórych przypadkach trzeba działać, żeby krzywda nie działa się dalej albo żeby kolejna osoba nie ucierpiała. Oczywiście, zgodnie z art. 240 Kodeksu karnego każdy, kto ma podejrzenie popełnienia przestępstwa wykorzystania seksualnego małoletniego poniżej lat 15 (art. 200 k.k.), musi zgłosić ten fakt organom ścigania.

A jeśli pojawiają się wątpliwości?

Pamiętajmy, że nie trzeba mieć 100 proc. pewności. Lepiej zareagować jeden raz za dużo niż jeden raz za mało. Nie wpadajmy w pułapkę myślenia, że musimy mieć pewność. Bo przecież rodzice są troskliwi, dobrze sytuowani... To nie jest nasza rola. My mamy zareagować w sytuacji, kiedy podejrzewamy, że doszło do przestępstwa. To organy ścigania są od potwierdzania. Chciałabym też podkreślić, że lekarz nie powinien być osamotniony w takiej sytuacji. Powinien mieć wsparcie przełożonego i całego zespołu, a także ze strony pracodawcy.

Często jestem pytana, jak ocenić wiarygodność dziecka. Czy nie zmyśla. To zadanie dla biegłych, którzy się na tym znają. Zdarza się też, że boimy się, że swoim działaniem naruszymy czyjeś dobra osobiste albo narazimy się na odwet ze strony osoby wskazanej jako sprawca bądź boimy się zeznawania. Sprawa jest prosta. Jest podejrzenie, musi być reakcja. Brak reakcji może wtórnie wiktyimizować i pozwolić, aby sprawca dalej działał.



foto: PKDP

◀ Zbyt często zdarza się, że krzywda dziecka pozostaje przez długi czas nierozpoznana – mówi Justyna Kotowska

Jakie zmiany są potrzebne w systemie ochrony zdrowia, żeby lepiej wspierać pokrzywdzone dzieci?

Ważna jest szybka ścieżka dostępu do specjalistów dla dzieci wykorzystanych seksualnie i ich rodzin. Jeśli po ujawnieniu zostawimy ich samych sobie, to problemy będą się pogłębiać.

Od połowy sierpnia 2024 r. obowiązują standardy ochrony małoletnich, które mają wzmacniać ochronę dzieci i młodzieży przed skrzywdzeniem oraz identyfikację pokrzywdzonych przemocą. Obowiązek ich wdrożenia dotyczy m.in. placówek medycznych, w których przebywają osoby małoletnie. Jak powinny być skonstruowane?

Nie ma uniwersalnej recepty, ponieważ każda placówka jest inna. Aby można było z nich realnie korzystać, muszą być uszyte na miarę. Inaczej będą wyglądały w szkole, inaczej w klubie sportowym, inaczej w przychodni lekarskiej dla dorosłych, gdzie rola dziecka sprawdona jest do odwieczającego, a inaczej w szpitalu dziecięcym. Zachęcam, aby do ich współtworzenia zaangażować pracowników, a także porozmawiać z dziećmi. Zapytać, czego potrzebują, aby czuły się bezpiecznie. Co im przeszkadza, jak chciałyby, aby się z nimi komunikować. Standardy ochrony małoletnich mają ułatwiać stosowanie w praktyce tego, czego wymaga od nas prawo. Mają uruchomić w nas myślenie, że wszyscy jesteśmy odpowiedzialni za to, aby w danej placówce nie działa się dziecku krzywda i aby mu pomóc, gdy tego potrzebuje. Jeśli je dobrze skonstruujemy, to zminimalizujemy ryzyko wystąpienia przemocy na terenie placówki, a także zwiększymy szansę, że dziecko, które jest krzywdzone i pojawiło się u nas, zostanie właściwie zaopiekowane. ●

Czy można powiedzieć, że w konkretnych środowiskach społecznych istnieje zwiększone ryzyko popełnienia przestępstw seksualnych wobec dzieci?

Funkcjonuje wiele fałszywych przekonań na ten temat. Pierwsze, co nam przychodzi na myśl, to duchowni. Wynika to z faktu, że sprawy dotyczące molestowania dzieci przez księży są bardzo medialne. Prawda jest jednak taka, że wszędzie tam, gdzie dorosły ma kontakt z dzieckiem, jest ryzyko przemocy seksualnej. Zarówno wśród duchownych, w związkach harcerskich, wśród artystów, nauczycieli, psychologów, medyków oraz w wielu innych środowiskach. Szufładowanie jest najlepszą drogą, by coś przeoczyć. Warto pamiętać, że sprawca najczęściej jest znany dziecku. Ktoś, kto najpierw obserwuje, rozeznaje się w sytuacji dziecka, a następnie daje mu to, czego potrzebuje. Najczęściej uwagę i akceptację. Zdobywa w ten sposób zaufanie i z czasem przekracza kolejne granice intymności.

FELIETON

Bzdury, brednie, ściek...

Świat atakuje nas banałem i brednią, stworzył wielkie cyfrowe systemy mające utrzymać naszą uwagę na rzeczach miałych, jałowych, żadnych.

JAKUB SIECZKO
ANESTEZIOLOG



Nasi rodacy codziennie zjadają setki kilogramów sertraliny. Statystyki dotyczące zdrowia psychicznego Polek i Polaków z roku na rok są coraz bardziej alarmujące. Kolejki do psychiatrów, a szczególnie psychiatrów dziecięcych, wciąż się wydłużają. Jesteśmy, jak pokazuje wiele danych, coraz zamożniejsi, coraz zdrowsi, coraz dłużej żyjemy. Jednocześnie podstawy naszego bezpieczeństwa zdają się coraz bardziej kruche, bo wojna za wschodnią granicą, bo niedawna pandemia, bo zaskakujące zawirowania polityczne wydające się zmieniać porządek społeczny, do którego byliśmy przyzwyczajeni.

To wszystko ważne i znaczące procesy, ale chciałbym dziś napisać o czymś innym: o czym mówimy rządziej, a ma w mojej opinii znaczący wpływ na równowagę psychiczną nas i naszych współrodaków, czyli pacjentów. Chodzi mianowicie o naszą przestymulowaną, przesyconą zmęczeniem i bzdurami codzienność. O to, jakimi komunikatami karmi nas na co dzień otoczenie, czyli jak to jest żyć w czasach, które niektórzy nazywają późnym kapitalizmem.

Obejrzałem film „Nie obiecujcie sobie zbyt wiele po końcu świata” rumuńskiego reżysera Radu Jude. Trwa triumfalny pochód tej historii przez festiwale filmowe na całym świecie. W recenzjach na portalu Filmweb większość krytyków ocenia film na 9 lub 10 gwiazdek (na 10 możliwych). Mówi się o filmie Jude jako o kandydacie do Oscara. Polecam państwu najszczerzej

ten obraz. Opowiem, czemu polecam i co to ma wspólnego ze zdrowiem psychicznym, ujawniając (ostrzegam) elementy fabuły.

Główną bohaterką jest Angela, około trzydziestoletnia kobieta mieszkająca w Bukareszcie. Pracuje jako asystentka produkcji, oczywiście na jednej ze śmieciowych

To, na co jesteśmy codziennie ekspozowani, to często nic więcej jak bezwartościowy ściek: kretyńskich komentarzy radiowych, melodii przebojów, od których potrafi rozboleć głowa, głupawych krótkich tiktokowych czy instagramowych filmów, które pochłaniamy każdego dnia

umów. Obserwujemy jeden dzień z jej życia. Pozornie nie za wiele się dzieje. Angela jeździ samochodem po mieście, czasem sekwencje, podczas których po prostu prowadzi auto, zajmują długie minuty.

Dzięki temu zabiegowi możemy jednak przyjrzeć się temu, co dzieje się wokół Angeli, w jakim hałasie (i chaosie) żyje, na jakie, pozornie nieznaczące, ale powtarzające się, napięcia jest narażona.

Akcja tego filmu dzieje się w rumuńskiej stolicy, ale przecież Bukareszt można by zastąpić Łodzią, Warszawą czy Wrocławiem. Wszystkich mieszkańców dużych polskich miast mógłbym przecież spytać: lubicie państwo jeździć o 8.00 rano do pracy przez centrum swojego miasta? Lubicie wracać o 16.00? Jak czujecie się po takim powrocie? Film Jude pokazuje doskonale ten wschodnio- czy środkowoeuropejski sztafaż: długie godziny, które każdy i każda z nas traci w samochodowych korkach. W monotonii, szarości, nudzie, zmęczeniu, frustracji, zapachu spalin. Ile to godzin każdego miesiąca? Roku? Jaką część naszego życia spędzamy w korkach?

Drugie, co film Jude pokazuje znakomicie, to jakość komunikatów, którymi bombarduje nas świat. Angela robi w samochodzie

► Już w tym algorytmu głowa, żeby
dobrał coś skrojonego w sam raz dla
nas. Coś, co nas przy smartfonowym
ekranie utrzyma możliwie długo

(i podczas krótkich przerw w pracy) to, co robi większość z nas: słucha radia, przegląda internet. „Nie obiecujcie sobie zbyt wiele po końcu świata” brutalnie pokazuje nam, że to, na co jesteśmy codziennie ekspozycyjni, to często nic więcej jak bezwartościowy ściek: kretynskich komentarzy radiowych, melodii przebojów, od których potrafi rozboleć głowa, wreszcie (last, but not least) – ściek głupawych, krótkich tiktokowych czy instagramowych filmów, które pochłaniamy każdego dnia. Jeśli zakładamy, że człowiek jest tym, co je, jeśli zalecamy naszym pacjentom dietę śródziemnomorską – zakładać powinniśmy, że analogiczny wpływ na ich psychikę i równowagę życiową ma to, co konsumuje ich dusza.

Nie oszukujmy się. Nie każdy w drodze z pracy czy w chwili wolnego raczy się koncertami Czajkowskiego czy słucha audiobooka z ciekawym kryminałem. Algorytmy mediów społecznościowych, potężniejsze od każdego i każdej z nas, zaprojektowane, by jak najdłużej utrzymywać naszą uwagę, trzymają nas przy ekranach rzeczami głupawymi, by nie rzec głupimi. Film Radu Jude pokazuje ten proces doprowadzony do skrajności. Angela ogląda na internetowych migawkach m.in. osiłeków, którzy zorganizowali sobie basen na cmentarzu czy tańczącego karła. Za dużo? Za mocno? Nie-realnie? A ile podobnie absurdu, śmieciowego kontentu przemknęło ci przed oczami w ostatnim miesiącu, drogi czytelniku, droga czytelniczko? I czy na pewno nie zatrzymałaś się na nim ani na chwilę? Czy podobnych głupot nie konsumujesz regularnie?

Ryszard Kapuściński w swoim „Lapidarium” dał taką wskazówkę (pewnie przede wszystkim samemu sobie, ale i nam): „Nie dać się oblepić codziennością, ogłuszyć banałem, brednią. Trzeba stłumić w sobie niepotrzebną ciekawość rzeczy miałych, jałowych, żadnych”.

Kapuściński pisał to w czasach przed TikTokiem, przed influencerami znanymi z bycia znanymi, patostreamerami, krótkimi filmikami



foto: Shutterstock.com

na Instagramie czy YouTube, przed czasem wymian politycznych opinii na Twitterze, które mają w sobie mniej więcej tyle wdzięku, ile zapasy w szambie.

Świat atakuje nas banałem i brednią, świat stworzył wielkie cyfrowe systemy mające utrzymać naszą uwagę na rzeczach miałych, jałowych, żadnych. Dawno nie widziałem tworu kultury, który pokazywałby ten proces tak klarownie, jak film Radu Jude. Angela, poddawana ciągłemu naporowi banału i bredni, przemęczona, przestymulowana, a też (a także) eksploatowana do granic przez swoich pracodawców, ma pełne prawo oszaleć, wybuchnąć. Rozumiemy, oglądając „Nie obiecujcie sobie zbyt wiele po końcu świata”, mechanizm, wskutek którego i ona w geście buntu, rozpacz, desperacji, a może po prostu z czystej przekory lub chęci zaistnienia, zaczyna tiktokowemu światu podobne banały i brednie opowiadać. To jedyne miejsce, gdzie staje się naprawdę zauważana i doceniana.

Pamiętajmy więc, spotykając kolejną osobę z postawioną diagnozą psychiatryczną, że prawdopodobnie mamy do czynienia z człowiekiem karmionym brednią, banałem, ściekiem. Świat trzeciej dekady XXI wieku skonstruowany jest tak, żeby odciągać naszą uwagę od tego, co wartościowe, godne skupienia, dogłębnie interesujące. Zamiast tego funduje nam potok bzdur i błahostek: walki w klatkach celebrytów, nieciekawe ciekawostki o piłkarzach, naiwnie banalne prawdy psychologiczne i gwar, hałas, mnóstwo hałasu. Już w tym głowa algorytmu (który zna nasze dotychczasowe wybory), żeby dobrał coś skrojonego w sam raz dla nas. Coś, co nas przy smartfonowym ekranie utrzyma możliwie długo. Nie sposób się tym nie zmęczyć. Nie sposób się nie przestymulować. Uciekajmy. Ratujmy się. Zalećmy naszemu mózgowi odpowiednik diety śródziemnomorskiej. ●

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

PRAKTYKA LEKARSKA

Święty Graal w rękach lekarzy

ZBIGNIEW WOJTASIŃSKI

Analogi GLP-1 mogą rewolucjonizować medycynę, ale ich efekt jest znacznie szerszy.
To leki, które wkrótce mogą w naszym życiu zmienić niemal wszystko.

Prawie co miesiąc ukazują się wyniki badań pokazujące lub potwierdzające wielorakie działanie tych preparatów. A wciąż zapowiadane są kolejne. Dawno przestaliśmy myśleć o analogach GLP-1 jako lekach przydatnych jedynie w leczeniu cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych czy nawet pomocnych w przewlekłej chorobie nerek. To, że hamują apetyt i odbierają nam radość jedzenia, a nawet picia alkoholu, powoduje, że zmienia się wszystko. Zarówno w medycynie i opiece medycznej, jak też w życiu osobistym i społecznym, a nawet w kulturze i gospodarce.

ELIKSIR MŁODOŚCI TO NIE ŻART

Z najnowszych badań wynika, że analogii GLP-1 przedłużają nasze życie. To też nie jest zaskakujące, bo skoro pomagają zmniejszyć masę ciała i leczą chorobę otyłościową, powinno się to przełożyć na lepszą jakość życia, ale także na jego długość. I tak jest w istocie. Wskazują na to badania o nazwie SELECT, opublikowane w 2024 r. przez „Journal of the American College of Cardiology”.

Warto przytoczyć tę publikację, bo w badaniach wykorzystano semaglutyd w dawce 2,4 mg. Przez ponad trzy lata obserwowano ponad 17,6 tys. pacjentów w wieku co najmniej 45 lat. I co ciekawe, żadna z nich nie chorowała na cukrzycę. Badane osoby miały nadwagę lub były otyłe i cierpiały na choroby sercowo-naczyniowe. A dzięki lekowi były mniej narażone na zgon z jakiegokolwiek przyczyny, zarówno z powodu chorób serca, jak i COVID-19, i to bez względu na płeć (w porównaniu do grupy, która otrzymała placebo).

Czy mamy zatem upragnionego Świętego Graala? Wiele na to wskazuje, bo nie chodzi tylko o zmniejszenie masy ciała. Działania analogów GLP-1 jest raczej wielorakie, m.in. zmniejszają stan zapalny w organizmie, i to niezależnie od utraty masy ciała. Można jeszcze inaczej powiedzieć: nadwaga i otyłość na różne sposoby negatywnie wpływają na organizm, a leki te wpływają na wiele tych procesów.

Analogi GLP-1 pomagają chorym z niewydolnością serca (również w dawce 2,4 mg). Poprawiają zarówno strukturę, jak i funkcje mięśnia sercowego. Trudno się zatem dziwić zachwytowi prof. Harlana Krumholza z Yale University, który jest też redaktorem naczelnym „Journal of the American College of Cardiology”. – Te przełomowe leki rewolucjonizują opiekę kardiologiczną i mogą znacząco poprawić stan zdrowia pacjentów z chorobami serca – zaznaczył.

Nie chodzi zresztą tylko o kardiologię i diabetologię. Pojawiła się nadzieja, że analogi GLP-1 mogą poprawiać stan pacjentów z różnego typu schorzeniami neurologicznymi, takimi jak choroba Parkinsona i choroba Alzheimera, opóźniając ich postępowanie. Być może pomagają również w nałogach – w leczeniu alkoholizmu i nikotynizmu. Mogą być przydatne w leczeniu depresji i zaburzeń lękowych. A nawet w leczeniu niepłodności, bo takie sugestie też się pojawiły. Niektórzy amerykańscy lekarze

zaczęli przepisywać te leki, oczywiście jeszcze poza wskazaniem, w leczeniu zespołu policystycznych jajników.

AMBROZJA CELEBRYTÓW

Dlaczego jednak analogi te mogą zmienić nasz świat? Tak niedawno przekonywał w okładkowym artykule „The Economist” („It’s not just obesity. Drugs like Ozempic will change the world”). Dziennik „Guardian” wymienił aż 11 zmian, jakie już się pojawiły w różnych dziedzinach życia: od świata mody po przemysł spożywczy. Głównie w USA, bo tam lek ten w leczeniu otyłości (pod nazwą Wegovy) wykorzystywany jest od trzech lat, a na przykład w Wielkiej Brytanii jedynie rok.

Jak twierdzi była presenterka programu BBC „Clothes Show”, zajmująca się modą Caryn Franklin, w tej dziedzinie widoczny jest powrót do modelek nazywanych wieszakami na ubrania ze względu na wyjątkową szczupłą sylwetkę, nieosiągalną dla większości kobiet. W zasadzie to nieosiągalną dla wszystkich kobiet, bo modelki w wieku zaledwie 16-17 lat nierzadko same są pod silną presją utrzymania „size zero”, czyli niemal anorektycznej masy ciała.

Ten nowy „kult szczupłości” jest co najmniej kłopotliwy, jak określił to dziennik „Times”. A pojawił się wraz z upowszechnianiem się analogów GLP-1, choć to raczej dopiero początek tego trendu. Kreatorzy mody dobrze to wyczuwają,

► Widoczny jest powrót do modelek nazywanych wieszakami na ubrania ze względu na wyjątkową szczupłą sylwetkę, nieosiągalną dla większości kobiet

bo coraz więcej osób będzie zażywać te leki, aby poprawić sylwetkę. A kobiety, jak również lekarze, przestaną się obawiać, że przy okazji mogą się nabawić zaburzeń odżywiania.

Nie ma jednak róży bez ognia, bo mogą być również niepożądane działania takiej kuracji. A przykładem jest tzw. ozempikowa twarz (ozempic face). Poza spadkiem ogólnej masy ciała, leki te powodują odtłuszczenie twarzy. A wraz z tym wiotczenie skóry, zapadnięcie policzków i pogłębienie zmarszczek, przez co cera może robić wrażenie starszej i bardziej zmęczonej.

Celebrytów to nie zraża. Do zażywania analogów GLP-1 przyznali się m.in. Oprah Winfrey, Whoopi Goldberg i Elon Musk, jak również młodsze pokolenie: Rebel Wilson, Kelly Clarkson czy Amy Schumer. To sprawia, że korzystanie z tych substancji przestaje być czymś wstydlivym, tym bardziej że są wykorzystywane zarówno przez osoby walczące z chorobą otyłościową, jak i nadwagą. Choć są też tacy, którzy nie narzekają na nadmierną masę ciała, lecz chcą „podkręcić” sylwetkę.

Skutkiem popularności tego farmaceutyka są okresowe braki tego typu leków stosowanych u chorych na cukrzycę typu 2. W USA są one odczuwane od połowy 2023 r.

EFEKT OZEMPIKOWY

Analogi GLP-1 mogą zmienić nasze przyzwyczajenia kulinarne i wpędzić w kłopoty zarówno firmy zarabiające krocie na wszelkich „skutecznych” metodach odchudzania, jak i właściciele restauracji oraz producentów żywności. Wszystko przez to, że hamują one apetyt i powodują, że jemy mniej zarówno w domu, jak i poza nim.

Według JP Morgan osoby zażywające te leki w pierwszych sześciu miesiącach wydają o 17 proc. mniej na żywność. Podobne są obserwacje sieci handlowej Walmart: w 2023 r. klienci kupowali mniej żywności. Ale firmy i ich inwestorzy tak łatwo się z tym nie pogodzą. Należy oczekiwać nowych kampanii promujących produkty żywnościowe adresowane do osób zażywających analogi GLP-1, w stylu: „nawet jeśli nie chce ci się jeść, zrób to dla swojego zdrowia”.



fot.: Shutterstock.com

Podobny efekt daje zakaz reklamowy fast foodów oraz nałożenie na niektóre produkty tzw. podatku cukrowego. Podatek ten doprowadził już do zmniejszenia spożycia napojów słodzonych, co potwierdzają obserwacje w wielu krajach, w tym także w Polsce. Przykładem jest Meksyk, gdzie podatek taki wprowadzono w 2014 r. Według raportu Geralda J. Friedmana i Dorothy R. Friedman z Tufts University, opublikowanego niedawno przez „Nature Medicine”, aż 31 proc. nowych zachorowań na cukrzycę powodowanych jest wzrostem spożycia napojów słodzonych. Bez podatku cukrowego wzrost ten byłoby jednak jeszcze większy, być może sięgałby nawet 48 proc., a taki właśnie odnotowano w Kolumbii.

NIEOCZEKIWANE SKUTKI EKONOMICZNE

Szerokie wykorzystanie analogów GLP-1 może mieć też zaskakujące efekty cywilizacyjne. W niedalekiej przyszłości bardziej opłacalne mogą być np. akcje linii lotniczych. Dzięki analogom GLP-1 ich dochody mogą być większe, a jednocześnie zadowoleni mogą być też ekolodzy. Kalkulacja jest taka, że jeśli masa ciała przeciętnego pasażera się zmniejszy o 4,5 kg, to jedynie United Airlines może zaoszczędzić 80 mln dolarów rocznie na

zmniejszeniu zużycia paliwa przez samoloty pasażerskie.

Inny przykład? Lepiej nie kupować wydawnictw specjalizujących się we wszelkiego rodzaju publikacjach poświęconych zdrowiu i fitness – zainteresowanie nimi spada. Według amerykańskiej firmy zajmującej się badaniami rynku i technologii Circana w 2023 r. sprzedaż w tej kategorii spadła w USA o 15 proc. Podobnie sprawa wygląda w Wielkiej Brytanii – według Nielsen BookData sprzedaż książek na temat diet i fitness w tym samym roku również zmniejszyła się o 15 proc.

Rośnie natomiast zapotrzebowanie na niektóre zabiegi chirurgii plastycznej, takie jak abdominoplastyka. Według American Society of Plastic Surgeons od 2019 r. liczba plastyk piersi zwiększyła się o 30 proc., a plastyki brzucha – o 37 proc. I jak zaznacza amerykańskie towarzystwo, bez wątplenia jest to związane z wprowadzeniem analogów GLP-1 w leczeniu otyłości.

Rosną za to notowania Novo Nordisk, producenta Ozempic i Wegovy, co oczywiście nie jest zaskoczeniem. Wartość tej duńskiej firmy w 2023 r. oceniana była na sumę większą, niż wynosi roczny PKB całej Danii. Nic dziwnego, że Dania dla lepszej oceny swej

sytuacji gospodarczej zaczęła podawać wyniki ekonomiczne z uwzględnieniem dochodów Novo Nordisk, jak też z ich pominięciem.

NADCHODZĄ GENERYKI

Zmienia się cała branża farmaceutyczna i jej plany na przyszłość. Przykładem jest kardiologia. Bo jeśli mniej będzie chorób sercowo-naczyniowych, to spadnie zapotrzebowanie na niektóre leki kardiologiczne i sprzęt medyczny. Według „Guardiana” należy liczyć się z tym, że rynek związany z tymi schorzeniami, oceniany na 250 mld dolarów rocznie, do 2050 r. skurczy się o 10 proc. Ponieważ mniej będzie osób otyłych, mniejsze będzie zapotrzebowanie na aparaty stosowane u pacjentów z bezdechem nocnym.

Podobnie trzeba będzie zmodyfikować badania kliniczne. Najbardziej poszukiwane są nowej generacji leki na otyłość oraz nowe zastosowanie tych z nich, które już opracowano, czego najlepszym przykładem są analogi GLP-1. Według danych przedstawionych przez prof. Annę Popławską-Kitę z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku podczas wykładu „Otyłość pod lupą” w latach 1999-2023 opublikowano 246 randomizowanych badań klinicznych dotyczących 12 leków na otyłość, takich jak orlistat, naltrekson-bupropion, topiram-fentermina, liraglutyd, semaglutyd, lorkaseryna, sibutramina, rymonabant, taranabant, tirzepatyd, retatrutyd i orforglipron. Objęto nimi 139 566 osób zarówno tych z cukrzycą typu 2, jak i bez niej.

Decydujące znaczenie będzie miało wprowadzenie generyków analogów GLP-1, gdyż leki te są wciąż kosztowne zarówno dla kieszeni pacjentów, jak i budżetów najbogatszych państw. W Stanach Zjednoczonych kosztują od 500 do 1000 dolarów w zależności od dawki i zastosowania. W Polsce miesięczna kuracja ozempikiem kosztuje od ok. 450 zł do 900 zł.

W 2024 r. FDA zatwierdził dwa pierwsze w tym kraju generyki tej samej substancji czynnej o nazwie liraglutyd stosowane w leczeniu cukrzycy. W obu przypadkach chodzi o preparat należący do Novo Nordisk. Przy czym jeden jest wytwarzany przed duńską firmę i dystrybuowany w Stanach Zjednoczonych przez Teva Pharmaceuticals. Drugi natomiast wytwarza i sprzedaje firma Hikma Pharmaceuticals USA.

Dwa generyki zasadniczo nie zmienią jeszcze ceny i dostępności tych leków. Prof. Aaron Kesselheim z Harvard Medical School twierdzi, że zwykle cena generyków w danym wskazaniu spada średnio o 50-60 proc., gdy na rynku się pojawiają co najmniej cztery takie leki. Wiele lat zatem upłynie, zanim powszechnie będą dostępne generyki leków stosowanych w leczeniu choroby otyłościowej, szczególnie tych najnowszej generacji, jak tirzepatyd i retatrutyd.

Niewątpliwie jest to jednak tylko kwestia czasu. National Institute for

Health and Care Excellence ocenia, że w Wielkiej Brytanii pełna dostępność tych leków dla wszystkich pacjentów z otyłością, kwalifikujących się do takiej terapii, będzie możliwe za 12 lat. Chodzi o osoby ze wskaźnikiem BMI ponad 35 i jedną chorobą współistniejącą. A takich pacjentów w Anglii jest 3,4 mln.

NOWE WYZWANIA

Otyłość nadal jednak pozostaje chorobą niewłaściwie rozpoznaną i leczoną. To jednak też zaczyna się zmieniać, w znacznym stopniu dzięki analogom GLP-1. Najważniejsze, że coraz bardziej są dostępne różnego typu leki, które można dopasować do niemal każdego wymagającego takiej terapii pacjenta.

Kolejnym wyzwaniem będzie jednak utrzymanie długotrwałej strategii terapeutycznej, która nie może ograniczyć się jedynie do zażywania leków. A nawet z samymi lekami może być problem, co jest jednym z największych wyzwań farmakoterapii. Z danych opublikowanych przez CNN wynika, że jeden na ośmiu dorosłych Amerykanów stosował już jakiś lek z grupy analogów GLP-1 na cukrzycę lub otyłość, ale aż 60 proc. zrezygnowało z nich przed upływem zaledwie 12 tygodni, czyli zanim uzyskali znaczącą redukcję masy ciała. Rozwiązanie jednych problemów zawsze rodzi nowe wyzwania.



Przeznacz darowiznę

Nr konta: **PL 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541**
Bank Pekao S.A. SWIFT, BIC: PKOPPLPW

Przeznacz 1,5 proc. podatku dochodowego od osób fizycznych

Nr KRS: 0000409693
Nr konta dla wpłat z tytułu 1,5 proc.: **PL 38 1240 1112 1111 0010 9781 1667**

Więcej informacji na stronie internetowej www.fl.org.pl



Który sektor lepszy: publiczny czy prywatny?

To, co atrakcyjne w publicznej, jest nieatrakcyjne w prywatnej ochronie zdrowia, i odwrotnie – pokazuje badanie ankietowe lekarzy.

Pod koniec 2024 r. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy wraz z Polityką Zdrowotną przeprowadził badanie ankietowe dotyczące oceny pracy przez lekarzy (próbą n=1763 lekarzy). Była to już trzecia edycja badania. Pierwsze miało miejsce w 2020 r., kolejne w 2022 r. Na podstawie obserwacji z badań można rzec, że teoretycznie wszystko się zmienia. Ale w rzeczywistości zmienia się niewiele.

Mamy już od ponad roku nowy rząd. W ochronie zdrowia słyszymy o odwracaniu piramidy, choć niewiele w Polsce wie, o co w tym hasle chodzi. Słyszymy o ciągłym poprawianiu sytuacji pacjenta i medyka, a kolejka jak stała, tak stoi (a w wielu miejscach robi się jeszcze dłuższa). Lekarzy jest podobno za mało, ale nic się nie robi (poza „dolewaniem” albo nawet „przelewaniem kasy” na niektórych kontraktach), aby lepiej wykorzystać systemowo ich potencjał, odbiurokratyzować, poprawić organizację. Wszyscy wiedzą, że nie ma na świecie systemu idealnego, a pacjenci na ulicę nie wyjdą, bo jak są zdrowi i mają siłę protestować, to już zapominają o zdrowiu. Uczestnicy rynku wiedzą więc, że trzeba szukać swojego sposobu na za krótką kołderkę.

Badania pokazały, że nadal 75 proc. lekarzy pracuje w więcej niż jednym miejscu pracy. Lekarze, niezależnie od posiadanej formy zatrudnienia, wciąż całkowicie inaczej oceniają atuty pracy w publicznych i prywatnych placówkach opieki zdrowotnej. To, co jest atutem w „prywatnie”, nie jest nim w systemie publicznym, i odwrotnie. Można by rzec: „Idę do prywaty, bo tam mam jasne zasady. Od-do. Wiem co i za co”. Wszystko policzone, system działa, bo nikt nie pozwoli sobie na marnowanie zasobów. Wprawdzie jest trochę jak w fabryce, ale przynajmniej sprawiedliwie.

Według badanych lekarzy w pracy w sferze prywatnej największą zaletą jest

ANNA GOŁĘBICKA,
EKONOMISTKA, STRATEG
KOMUNIKACJI I ZARZĄDZANIA



wynagrodzenie (wskazania 84 proc. respondentów). Na kolejnych miejscach uznanych za atuty pracy w systemie niepublicznym znalazła się dobra organizacja pracy (61 proc.) i stosunek do pracownika (41 proc.). Jedynie 15 proc. lekarzy wskazało, że atutem prywatnych placówek opieki zdrowotnej jest możliwość lepszego leczenia pacjenta. Jeszcze mniej deklaracji w tym kontekście uzyskała możliwość rozwoju zawodowego (8 proc.).

A teraz odwracamy piramidę i patrzmy na obraz zatrudnienia w placówce publicznej. W tym przypadku największym atutem jest możliwość lepszego leczenia pacjenta (62 proc. deklaracji). To poczucie możliwości lepszego leczenia jest jednym z niewielu tak rosnących wskazań, bo jeszcze w 2020 r. było to 45 proc. Na kolejnym miejscu znalazła się perspektywa rozwoju zawodowego (51 proc. wskazań).

W badaniu zwracano uwagę na różne formy zatrudnienia. Wśród lekarzy zatrudnionych na kontrakcie nieadekwatne wynagrodzenie przeszkadza tylko 33 proc. badanych, a wśród zatrudnionych na umowę o pracę jest to aż 68 proc. wskazań.

Badanie pośrednio pokazało dwa oblicza kontraktu. Wprawdzie daje on lekarzom lepsze wynagrodzenie (zatrudnieni na kontraktach lepiej je

ocenia), ale z drugiej strony kontrakt tworzy patologię podziału lekarzy na lepszych i gorszych. Lekarzy „kontraktowych”, którzy świetnie zarabiają, robiąc w maksymalnych ilościach zakontraktowane zabiegi, i tych na umowę o pracę, którzy „chodzą wokół pacjentów” i zarabiają po wielokroć mniej. Często nie zajmują się najciekawszymi przypadkami, ale jak sami o sobie mówią – „sprzątaj” (opiekują się pacjentem po zabiegu) w szpitalu, bo tych, którzy swoje zabiegi zrobili i już je robią w kolejnym szpitalu, od dawna przy pacjencie nie ma. Pytałam lekarzy na kontaktach, czy jest to w porządku. Odpowiadali, że jeśli ktoś chce, też może iść na kontrakt, a jeśli nie potrafi danego zabiegu wykonywać, to nie ich wina. Czy zatem należy mieć żal do kontraktowców, że wykorzystują popyt na ich usługi? Bo to, że takie działania w wielu miejscach psują i tak już nie najlepszą atmosferę, to inna sprawa.

A gdyby to wszystko trochę ucywilizować. Nauczyć się czegoś od segmentu prywatnego: mniej biurokracji, lepsza organizacja. Do tego niezbędna i – jak pokazuje rynek – możliwa praca zespołowa. Czy to tak wiele, czy raczej niewiele, by innowacje w organizacji w ochronie zdrowia dogoniły innowacje i postępy w medycynie? ●

WYWIAD LEKAR(S)KI

Trudno się przyznać do zmęczenia

Pracujemy więcej niż inni, a i tak wielu z nas ma poczucie, że nie daje z siebie wszystkiego – mówi **Justyna Bogucka-Czapska**, matka czworga dzieci, rezydentka pediatrii, wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, lekarka z OIL w Krakowie, w rozmowie z Marią Kłosińską.

Przy czworgu dzieci zadań jest mnóstwo, wiem z doświadczenia. Jak sobie radziłaś, godząc obowiązki domowe z pracą zaczynając się o siódmej rano?

Czasami mniej nie oznacza łatwiej. Niektórzy twierdzą, że z liczbą dzieci rośnie liczba problemów. Może coś w tym jest. Ale z drugiej strony, my też z czasem uczymy się lepiej sobie z nimi radzić. To, że ktoś ma jedno dziecko, nie oznacza, że jest mu łatwiej niż nam przy czworgu. Wszystko zależy od doświadczenia i organizacji pracy w domu, które nabywa się z czasem. Im dłużej pełnimy tę rolę i im więcej mamy dzieci, tym bardziej dojrzewamy do tych obowiązków i uczymy się być lepszymi rodzicami i lekarzami.

Jak udaje Ci się łączyć rolę matki i lekarki?

Wydaje mi się, że nigdy nie udaje się w pełni połączyć tych ról. Work-life balance to piękny ideał. Im dłużej jestem matką, tym częściej mam wątpliwości, czy to w ogóle jest możliwe. Zawsze towarzyszy mi niedosyt – zarówno bycia lekarzem, jak i spędzania czasu w domu z rodziną.

Dzieci nas uczą, a z każdym kolejnym dojrzewamy do nowych wyzwań. Przy pierwszym spędziłam w domu rok i był to dla mnie bardzo trudny czas. Brakowało mi ludzi, pracy i tęskniłam za pediatrią. Przy drugim dziecku wróciłam do pracy, gdy miało osiem miesięcy, i pracowałam na pół etatu. Było to trudne, ale pozwalało mi zachować równowagę. Przy trzecim wróciłam do pracy, gdy miało cztery miesiące, i chociaż pracowałam na pół etatu, zdarzało się, że byłam poza domem nawet 12 godzin. Mimo to

czułam, że udaje mi się jakoś godzić obowiązki. Z kolei przy czwartym dziecku wróciłam do pracy, gdy miało pięć miesięcy. Było to dla mnie idealne rozwiązanie – mogłam na chwilę wyjść z domu, ale jednocześnie rodzina nie odczuwała mojego braku. Bardzo ważny jest odpuśczenie, a wiele osób, w tym rodziców, nie uświadamia sobie, jak go potrzebujemy.

Czy Kodeks pracy rzeczywiście daje wystarczające możliwości, aby dokonywać lepszych wyborów na różnych etapach życia zawodowego i rodzinnego?

Kodeks pracy daje dużo możliwości, ale większość lekarzy pracuje na umowach cywilnoprawnych, na kontraktach, które również oferują elastyczność i pozwalają lepiej dostosować godziny pracy do swoich potrzeb. Jednak wszystko zależy od miejsca, w którym pracujemy, ponieważ każde środowisko ma swoją specyfikę. Często dzwonią do mnie lekarze z różnymi problemami i pierwsze, co słyszę, to: „wiesz, pracuję w bardzo specyficznym miejscu, gdzie...”. Najtrudniejsza sytuacja pojawia się, gdy nasze potrzeby nie mogą być zrealizowane w miejscu pracy niezależnie od tego, jaką mamy umowę.

Kodeks pracy daje większe możliwości w takich miejscach jak oddziały, gdzie np. jeśli dziecko zachoruje, na umowie cywilnoprawnej często nie możemy po prostu powiedzieć, że nas nie będzie. To bardzo stresująca sytuacja dla rodzica. Kodeks

pracy pozwala nam po prostu nie przyjąć. Ale my, lekarze, czujemy ogromną odpowiedzialność za naszych pacjentów. To niesamowite, jak lekarze potrafią odczuwać wdzięczność i dług wobec innych lekarzy, którzy przejmują opiekę nad „naszymi” pacjentami.

Na umowie cywilnoprawnej masz możliwość elastycznego dostosowania godzin pracy. Na przykład, jeśli wiesz, że dzieci mają zajęcia popołudniowe, możesz tak zaplanować pracę, by je na nie zawieźć.

Są tacy lekarze, którzy pracują tylko na umowach cywilnoprawnych, ale codziennie, jakby byli na etacie, mając określone dni dyżurów. Są też tacy, którzy pracują wyłącznie w trybie dyżurowym i mogą swobodnie ustalać swój grafik dyżurów z pracodawcą.

Z drugiej strony Kodeks pracy też daje nam duże możliwości, ale wprowadza pewne ograniczenia. Znajomość przepisów kodeksu daje nam elastyczność, jak np. możliwość łączenia urlopu rodzicielskiego z pracą na część etatu lub zmniejszenie wymiaru etatu, gdy ma się uprawnienia do urlopu wychowawczego. Większość z nas zaczyna być rodzicami w czasie rezydentury, która jest umową o pracę.

Zadań jest naprawdę dużo, a doba ma tylko 24 godziny...

Musimy pamiętać, że etat lekarza jest dłuższy niż zwykłego pracownika. Ludzie pracują średnio 168 godzin miesięcznie i mają maksymalnie 150 nadgodzin rocznie. Lekarze, zwłaszcza w trakcie rezydentury, mają obowiązek wypracować 48 godzin tygodniowo, wliczając dyżury, co daje około 200 godzin miesięcznie, czyli dodatkowo 450 nadgodzin rocznie. Pracujemy więcej niż inni, a mimo to często czujemy, że nie poświęcamy wystarczająco dużo czasu na inne aspekty życia.

W naszej kulturze pracy jesteśmy nauczani, że musimy być zawsze dostępni, zawsze gotowi do pracy, co staramy się przełożyć na inne obszary życia. Próbuje być na 200 procent, ale niestety nie jest to możliwe. W końcu pojawia

► *Nie da się cały czas czuć zadowolenia z życia i mieć poczucia, że wszystko można zrobić – tłumaczy Justyna Bogucka-Czapska (z prawej) Marii Kłosińskiej*

się zmęczenie, a potem wypalenie zawodowe. Doświadczamy wypalenia tak zawodowego, jak i rodzicielskiego.

Dobrze, że istnieje związek zawodowy, który uświadamia lekarzom ich prawa, niezależnie od formy zatrudnienia.

Staramy się edukować lekarzy o ich prawach i pomagać im w ich respektowaniu. Często zgłaszają się do mnie matki lekarki, które mają problem z wyegzekwowaniem swoich praw. Zwracają się do pracodawcy z prośbą o coś, co im przysługuje, a spotykają się z odmową. Często problem pojawia się już na etapie pracownika, na przykład pani w kadrach, która po raz pierwszy spotyka się z takim przypadkiem, ponieważ do tej pory lekarze nie korzystali ze swoich praw. Jednak w ostatnich latach widać, że ta sytuacja się zmienia, a świadomość prawna wśród lekarzy rośnie. Zresztą nie tylko wśród nich, ale w ogóle. Mamy coraz lepszy dostęp do informacji, ludzie więcej szukają, a my zaczynamy wychodzić ze swojej „bańki”, w której przez natłok pracy nie zauważaliśmy innych rzeczy. Dopiero teraz dostrzegamy, że poza szpitalem jest inny świat. Zawody, w których zarobki są dobre, a ludzie mogą cieszyć się większym work-life balance. Inni ludzie, spoza medycyny, nie rozumieją, jak można pracować tyle godzin. Kiedy mówi się im, ile pracuje lekarz, nie potrafią tego pojąć.

Pamiętam protest, w którym opowiadaliśmy o tym, jak wygląda nasza praca – 48 godzin w tygodniu, klauzula opt-out. Dla wielu ludzi to było poza sferą wyobrażeń. Trudno jest zrozumieć, że dyżur trwa 24 godziny. Wracasz do domu, odpoczywasz, ale dla lekarzy rodziców oznacza to dalsze zajmowanie się obowiązkami domowymi, a później znowu czeka nas praca na etacie.

Które zmiany w środowisku uważasz za szczególnie ważne i przydatne, szczególnie w kontekście praw lekarzy?

Uważam, że jednym z największych sukcesów, które udało się wprowadzić, jest prawo, które zbliża matki lekarki



foto: A. Boguski

do zwykłych matek. To prawo pozwala na to, aby nie wymagać od nas pracy ponad siły – zarówno w pracy, jak i w domu. Dzięki zmianom w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty udało się wprowadzić przepisy, które pozwalają rodzicom, zarówno kobietom, jak i mężczyznom, na dwa lata zwolnienia z dyżurów. To prawo ratuje nasze zdrowie psychiczne i daje nam możliwość wyboru momentu, kiedy chcemy z niego skorzystać.

Rezydentura trwa najczęściej pięć lat, więc po uwzględnieniu tego prawa pozostają jeszcze trzy lata dyżurowania, ale przepisy przewidują, że te zasady mogą się zmieniać w przyszłości. Korzystanie z tego prawa wiąże się z koniecznością złożenia wniosku do pracodawcy, co nie jest skomplikowaną formalnością. Najważniejsze jest jednak uświadomienie sobie, czego potrzebujemy, aby być dobrymi rodzicami i lekarzami, oraz jakie kroki podjąć, by to osiągnąć. Problemem nie jest sama formalność, lecz poczucie odpowiedzialności za pacjentów, zespół i nasze miejsce pracy. To poczucie sprawia, że trudno nam przyznać się do zmęczenia. Jako lekarze czujemy, że nasza rola to ciągła gotowość

do pracy, a dyżury są uważane za nasz obowiązek. Zostaliśmy nauczeni, że nie możemy być dobrymi lekarzami, jeśli nie będziemy dyżurować, co często utrudnia nam podjęcie decyzji o skorzystaniu z przysługujących nam praw. Zwykle podejmujemy tę decyzję dopiero wtedy, gdy dochodzimy do ściany.

Czasami jest to poprzedzone okresem w życiu lekarza, kiedy zastanawia się, czy nie powinien przestać być lekarzem.

Lekarze pracują do końca życia, a bardzo niewielu z nich przechodzi na emeryturę. Bycie rodzicem trwa tylko kilka-kilkanaście lat, a ten czas jest niepowtarzalny. Jeśli nie wykorzystamy momentu, kiedy nasze dzieci rosną, nikt nam go już nie zwróci. Można w wieku 50 lat rozpocząć kolejną specjalizację, ale relacji z dziećmi, które zaniedbaliśmy przez pracę, nie da się już odzyskać. Kiedyś, przed wprowadzeniem prawa do niedyżurowania, lekarze, którzy decydowali się na przerwę od dyżurów, spotykali się z ostracyzmem. Musieli odpracować te godziny, co w przypadku specjalizacji wydłużało czas pracy nawet o rok. Niejednokrotnie nie otrzymywali za to wynagrodzenia.

Czy pamiętasz taki wyjątkowy moment, kiedy poczułaś, że udało Ci się połączyć rolę matki i lekarki?

Takich momentów jest wiele. Jednak później przychodzą chwile, kiedy myślę, że może jednak nie jest to możliwe. Czasami czuję, że jest za dużo obowiązków, że przez to cierpi zarówno moja praca, jak i życie rodzinne. Nie da się cały czas czuć zadowolenia z życia i mieć poczucia, że wszystko można zrobić. Dążenie do ideałów jest dobrym celem, ale trzeba mieć świadomość, że to długa droga. ●



◀ *Cała rozmowa do obejrzenia w serwisie YouTube*

PRAKTYKA LEKARSKA

Lepszy od najlepszego antybiotyku

SYLWIA WAMEJ

To pierwszy taki projekt w Polsce – mówi o doustnej mikrobiocie jelitowej dr hab. n. med. Jarosław Biliński, laureat konkursu „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej” NIL IN w kategorii Innowator/ Innowatorka. Naukowiec zdradza, czym dokładnie jest ten projekt i z jakimi trudnościami mierzył się przy jego realizacji.

Dr hab. n. med. Jarosław Biliński jest laureatem wielu konkursów, a udział w konkursie „Wdrożenie innowacji w opiece zdrowotnej” NIL IN był dla niego sposobem na sprawdzenie się na tle innych lekarzy innowatorów.

– Chciałem zobaczyć, jak mój pomysł, czyli firma badawczo-rozwojowa, którą założyłem (Human Biome Institute – przyp. redakcji), jako komercjalizacja badań naukowych będzie odebrana przez wybitne osobowości, które były w kapitule konkursu. Stwierdziłem, że warto spróbować, i aplikowałem. Wszyscy bardzo pozytywnie wypowiedzieli się zarówno na mój temat, jak i firmy. Bardzo mnie to cieszy. Dużo pracuję u podstaw, w zamknięciu, a przecież trzeba się też wypromować. Udział w konkursie był motywacją do tego, by nagłośnić to, co robimy, bo już na tym etapie jest to po prostu potrzebne – wyjaśnia.

PROJEKT WYSZEDŁ OD POTRZEBY KLINICZNEJ

Doc. Jarosław Biliński został nagrodzony za wdrożenie innowacji Mbiotix HBI Caps – doustna mikrobiota jelitowa. Jak tłumaczy, pomysł na ten projekt wyszedł od potrzeby klinicznej. Jako lekarz, który zajmował się hematologią, pracował głównie przy przeszczepianiu szpiku z pacjentami wymagającymi chemioterapii.

– Na początku mojej pracy zdałem sobie sprawę, że mikrobiom, czyli bakterie jelitowe, cały ten ładunek antygenowy,

który mamy w przewodzie pokarmowym, odgrywa ogromną rolę w stymulacji układu odpornościowego. I to było widać przy chemioterapiach, szczególnie przy przeszczepieniu szpiku, kiedy chory miał na przykład powikłanie ga-

Biotechnologia obarczona jest dużym ryzykiem. Tylko 3 proc. leków, które są wymyślone w głowie naukowca, ostatecznie jest dostępne na rynku

strologiczne i towarzyszyły temu wysypki na skórze czy ból brzucha. Z drugiej strony mierzyliśmy się wtedy z problemem kolonizacji bakteriami opornymi na antybiotyki u naszych pacjentów – opowiada Jarosław Biliński.

Mowa o pacjentach w szpitalach, którzy mają styczność z tzw. superbakteriami, opornymi na większość antybiotyków.

– Kiedy zacząłem specjalizację, był ogromny problem z bakterią o mechanizmie oporności New Delhi. Jest to oporność praktycznie na wszystkie antybiotyki. Wielu pacjentów było skolonizowanych, a w ich jelitach znajdowały się pokłnięte bakterie, najczęściej z przestąpienia szpitalnej. Jeżeli podawana

jest chemioterapia czy inna ciężka terapia, u człowieka spada odporność. Ta bakteria może przedostać się do krwi, co znaczy, że przechodzi przez ścianę jelita, powoduje sepsę lub ciężkie powikłania narządowe. Nie ma antybiotyku, by to leczyć, lub jest ich bardzo mało – mówi Jarosław Biliński.

Jak wspomina, tuż po jednej z konferencji profesor Grzegorz Basak opowiedział o przeszczepieniu kału w chorobie *Clostridioides difficile*, czyli ciężkiej bieguncie poinfekcyjnej. Lekarze wspólnie zaczęli się zastanawiać, czy może to również zadziałać na dekolonizację bakterii antybiotykoopornych, skoro tę jedną potrafi mikrobiota zniszczyć.

– Napisaliśmy projekt do komisji bioetycznej, zaprosiliśmy do współpracy dr. Pawła Grzesiowskiego, który zainicjował przeszczepy mikrobioty w *Clostridium* w Polsce. Zrobiliśmy pierwsze przeszczepienie, potem całe badanie, które się udało. Wyszło, że u 60 do 79 proc. można usunąć bakterię antybiotykooporną i później znacząco niwelować ryzyko infekcji – opowiada doc. Biliński.

CZYM JEST DOUSTNA MIKROBIOTA JELITOWA?

Po licznych publikacjach naukowych powstał pomysł, by założyć spółkę badawczo-rozwojową

komercjalizującą tę naukę. – Mikrobiota w kapsułce zgłoszona do konkursu jest pierwszym tego typu produktem w Polsce. Przetwarzamy ją w naszym laboratorium i wytwarzamy zawiesinę, którą można podać przez kolonoskopię czy gastroskopię, oraz kapsułkę. Można ją przyjmować doustnie. Mamy 90-procentową skuteczność w leczeniu *Clostridium*, nawet najlepszy antybiotyk za kilka tysięcy złotych temu nie dorównuje – opowiada Jarosław Biliński.

Na stronie internetowej Human Biome Institute krok po kroku rozpisane jest, w jaki sposób można zostać dawcą mikrobioty jelitowej. Kluczowe jest to, by być całkowicie zdrowym. – Tylko pół procent wszystkich osób, które początkowo się zgłaszają, przechodzi dalej. To bardzo mało – mówi Biliński.

Lekarz obawiał się, jak środek będzie odbierany przez pacjentów. Kapsułka jest zamrożona, a pacjent przyjmuje ją jako kostkę lodu. – Mamy taki system mrożenia w – 80 stopniach. Później szpital również może mrozić w zwykłej zamrażarce przez trzy miesiące. Bywa, że lekarz źle komunikuje pacjentowi, tłumacząc: „dostanie pan przeszczep kału”. Wtedy brzmi to niefortunnie. Staramy się mówić, że nie jest to kał, ale mikrobiota. Jest to przetworzony, natywne, ale oczyszczony materiał, który jest wytwarzany w najwyższych standardach, to załatwia sprawę – tłumaczy lekarz.

PAŃSTWO NIE WSPIERA

Pięć lat temu, czyli gdy powstał Human Biome Institute, nie było żadnych grantów na działania badawczo-rozwojowe w obszarze biotechnologii i innowacji. Później pojawiła się perspektywa finansowa KPO i uruchomiono środki unijne.

– Biotechnologia obarczona jest dużym ryzykiem. Tylko 3 proc. leków, które są wymyślone w głowie naukowca, ostatecznie jest dostępne na rynku. Jednak jeśli dobrze projektuje się badania na każdym etapie, ma się doświadczony zespół, ryzyko można znacząco zniwelować, a wówczas zysk dla społeczeństwa i państwa jest nieporównywalnie bardziej atrakcyjny niż poniesione koszty. Słyszymy, że to wsparcie grantowe ma się wkrótce zmienić. Dochodzą nas słuchy, że będzie odpowiedni konkurs. Mam nadzieję, że tak się stanie. Inaczej biotechnologia szósty rok z rzędu będzie bez wsparcia. To skandal – grzmi laureat konkursu NIL IN.

To niejedyny problem, gdyż jest jeszcze kwestia regulacji prawnych. Jak tłumaczy doc. Jarosław Biliński, mikrobiota w Polsce nie istnieje, ponieważ nie ma takiego słowa w prawie.

– Zwracaliśmy się do różnych instytucji: od inspektoratów farmaceutycznych, Urzędu Rejestracji po Ministerstwo Zdrowia, już pięć lat temu, chcąc zarejestrować się jako wytwórnia farmaceutyczna lub jej odpowiednik, pracująca w tzw. standardzie GMP, czyli dobrych praktyk wytwarzania. Jest taki wymóg, mówiący że pracujemy w najwyższym standardzie, co zresztą robimy nawet bez tego certyfikatu. Gdy przyszliśmy do jednej z instytucji, mówiono nam, że nie wiadomo, co z tym zrobić, no bo co to jest właściwie mikrobiota? Czy jest to lek, tkanka, komórka, a może wyrób medyczny? Skierowano nas do Ministerstwa Zdrowia, aby wprowadzić choć jednozadaniowe rozporządzenie czy ustawę, czym jest mikrobiota – opowiada.

Doc. Biliński wspomina, że już pięć lat temu rozmawiał z resortem zdrowia, aby wyszło chociaż jedno rozporządzenie w sprawie mikrobioty. – Wtedy wiedzielibyśmy, który odpowiedzialny organ ma nas certyfikować. Tak się nie stało. Usłyszeliśmy, że jest COVID i urzędnicy nie mają czasu na inne rzeczy. Teraz Unia Europejska wprowadziła rozporządzenie Parlamentu Europejskiego nakazujące zarejestrować ją jako substancję pochodzenia ludzkiego. Stworzono też całe ramy prawne – wyjaśnia.

Zdaniem lekarza bardzo ciężko przebić się w Polsce z innowacją, a przecież pacjenci na to czekają. – Mikrobiota jest doskonale udokumentowana w leczeniu *clostridium* i jej stosowanie ratuje ludzi oraz obniża koszty systemu ochrony zdrowia. To czysty zysk dla NFZ i MZ, dziwi zatem, że nikt nie chce się tym zająć, nie ma mechanizmu dla wdrażania innowacji, w których przypadku udowodniono, że obniżają koszty leczenia – wyjaśnia.

NIE WSZYSCY LEKARZE POPIERAJĄ POMYSŁ

Choć w środowisku pacjentkim temat doustnej mikrobioty został dobrze przyjęty, bywa, że wśród

lekarzy zdania na jej temat są podzielone. Jak tłumaczy Jarosław Biliński, są medycy, którzy próbują ten temat wycofać z obiegu. – Dostajemy doniesienia od naszych przedstawicieli handlowych, że są lekarze, którzy nie rekomendują, a wręcz odradzają podanie mikrobioty, powołując się na dwa badania, nie realizując wytycznych i najnowszej wiedzy medycznej. W USA były dwa alerty FDA – Agencji ds. Żywności i Leków, że po przeszczepieniu mikrobioty kilku pacjentów zmarło i tak było. Okazało się, że Amerykanie nie robili badań na antybiotykooporne bakterie wśród dawców mikrobioty. Przeszczepiono pacjentom jedną z bakterii, która przedostała się do krwi i wywołała sepsę. Na szczęście 95 proc. medyków, którzy użyli mikrobioty, wraca do niej, widząc, że działa, a pacjenci wyleczyli się – podkreśla Biliński.

Projekt się dynamicznie rozwija, lecz doc. Biliński razem z zespołem naukowym nie spoczywają na laurach. Zdaniem lekarza bardzo ważne jest, by dążyć do stworzenia biosyntetycznej mikrobioty, którą raz można uzyskać i hodować wszystkie bakterie w bioreaktorach jako samoodtworzający się lek.

– Musimy iść w kierunku biosyntetycznej mikrobioty. Jest to bardzo trudne technologicznie, wymaga potężnej ekspertyzy i kompetencji w różnych dziedzinach biologii molekularnej, hodowli komórkowych, biofizyki, nauk obliczeniowych, ale nad tym pracujemy – mówi laureat konkursu NIL IN. I dodaje: – To pierwszy lek, który odtworzy cały mikrobiom i nie będzie wymagał już dawców.

Twórca Human Biome Institute nie ukrywa, że przy tworzeniu kolejnych projektów pomaga mu świetny zespół, z którego jest bardzo dumny. – To są ludzie wysokiej klasy, wybitni specjaliści, którzy kończyli Oksford, Cambridge, uniwersytety w Stanach Zjednoczonych. Widzimy efekty tego, co robimy, a nasze hipotezy w badaniach naukowych się potwierdzają. Jeżeli będzie jeszcze tylko wsparcie państwa i dobre nastawienie rynkowe, będzie super – podsumowuje. ●

NOWE TECHNOLOGIE

Blockchain: jak budować bezpieczeństwo danych

KRZYSZTOF JAKUBIK

Technologię blockchain większość osób kojarzy z mechanizmem umożliwiającym obrót kryptowalutami. I słusznie, choć sposobów jej wykorzystania do uwiarygodniania przesyłanych informacji jest znacznie więcej, w tym w medycynie.

Czym jest osławiony blockchain? To zdecentralizowana baza danych pozwalająca na równoległe przechowywanie na wielu serwerach fragmentów różnego typu informacji w formie bloków, które połączone są ze sobą w wirtualny łańcuch. Każdy blok zawiera dane oraz unikalny kod (hash) poprzedniego bloku. To sprawia, że zmiana informacji w jednym bloku wymagałaby modyfikacji wszystkich kolejnych, co gwarantuje łatwe wykrycie ingerencji w dane oraz zapewnia ich integralność. Tak skonstruowany mechanizm automatycznie zapewnia znaczne zwiększenie poziomu bezpieczeństwa informacji, a decentralizacja przechowywania gwarantuje odporność na awarie pojedynczych urządzeń.

Trudno zatem o lepszy obszar zastosowań technologii blockchain niż branża medyczna, w której gwarantowany dostęp do wiarygodnych informacji może decydować wręcz o życiu lub śmierci. Jej mechanizmy zapewniają wysoki poziom bezpieczeństwa i prywatności danych dzięki zdecentralizowanej i niezmiennej strukturze, co eliminuje tzw. pojedyncze punkty awarii, a także minimalizuje ryzyko manipulacji, fałszowania wyników badań czy kradzieży tożsamości. Każda transakcja jest rejestrowana w sposób uniemożliwiający późniejsze zmiany, a zaawansowane techniki kryptograficzne chronią informację przed nieautoryzowanym dostępem.

OD SKŁADOWANIA PO ZNAKOWANIE

W branży medycznej powstają już pierwsze rozwiązania, których twórcy próbują

wykorzystać zalety blockchain do zabezpieczania wrażliwych danych i gwarantowania ich autentyczności. Wciąż poszukują też biznesowych modeli funkcjonowania, które zapewnią im zysk, ale jednocześnie umożliwią utrzymanie kosztów związanych z obsługą takich nowatorskich rozwiązań na poziomie będącym do zaakceptowania przez użytkowników.

Oczekuje się, że technologia blockchain rewolucjonizuje zarządzanie danymi medycznymi, umożliwiając ich bezpieczne przechowywanie, aktualizowanie oraz udostępnianie między różnymi pla-

Aby skutecznie wdrożyć blockchain w medycynie, konieczne jest stworzenie nowych ram prawnych, które uwzględnią specyfikę tej technologii

cówkami ochrony zdrowia. Dzięki zdecentralizowanej strukturze dane pacjentów są chronione przed modyfikacjami i atakami hakerskimi. W przyszłości blockchain może stać się fundamentem zintegrowanej w skali globalnej elektronicznej dokumentacji medycznej, zapewniając lekarzom i szpitalom dostęp do pełnej historii zdrowia pacjenta w jednym miejscu, a pacjentom możliwość decydowania, kto i w jakim zakresie może przeglądać ich informacje.

Dodatkowo blockchain wspiera zdalne uwiarygodnianie i podpisywanie dokumentów medycznych, co ułatwia szybką i bezpieczną wymianę informacji, szczególnie w telemedycynie. Pomoże też chronić firmy ubezpieczeniowe przed oszustwami.

Blockchain rewolucjonizuje też zarządzanie łańcuchem dostaw w branży farmaceutycznej, umożliwiając śledzenie pochodzenia i transportu leków, a więc zwiększając transparentność tego procesu, jego bezpieczeństwa i zaufania do produktów medycznych. Mechanizmy wieloskładnikowego uwiarygodniania opakowań i analiza danych dodatkowo wspierają identyfikację sfałszowanych leków, co odgrywa istotną rolę w takich sytuacjach jak pandemia, kiedy zapewnione przez blockchain dokładne i niezmiennie zapisy mogą zagwarantować poprawność procesu dystrybucji np. szczepionek.

TAJEMNICA FORMULARZY

Technologia blockchain może przyczynić się też do postępu w badaniach klinicznych. Umożliwi efektywną rekrutację pacjentów przez anonimizację i dopasowywanie ich do odpowiednich badań, co pozwoli na wykorzystanie danych zdrowotnych przy jednoczesnym zachowaniu prywatności. Dzięki inteligentnym kontraktom można precyzyjnie określić zasady uczestnictwa, zwiększając efektywność i przejrzystość całego procesu.

Blockchain zapewnia również weryfikowalne i niemodyfikowalne zarządzanie formularzami świadomej zgody w czasie rzeczywistym, gwarantując, że pacjenci są odpowiednio informowani o swoich prawach.

Kolejnym obszarem, w którym blockchain może wpłynąć na zmiany ochrony zdrowia, jest internet rzeczy (IoT). Wzrost liczby bezprzewodowych urządzeń medycznych pozwala na dostarczanie lekarzom aktualnych informacji o stanie zdrowia pacjentów, co ułatwia wdrożenie medycyny personalizowanej i przetwarzanie danych w czasie rzeczywistym. Dodatkowo wspiera interoperacyjność między różnymi systemami medycznymi, ułatwiając wymianę danych między placówkami zdrowotnymi.

NIE BRAKUJE WYZWAŃ

Tworzenie rozwiązań bazujących na mechanizmach blockchain jest skomplikowane od strony technicznej. Wymaga doświadczonego zespołu programistów, jak też odpowiedniej infrastruktury technicznej. Istnieje też kilka wyzwań związanych z implementacją technologii blockchain, charakterystycznych szczególnie dla branży medycznej.

Jednym z głównych problemów jest zapewnienie interoperacyjności systemów w różnorodnym środowisku technicznym placówek ochrony zdrowia. Obecnie korzystają one z różnych platform i standardów, co utrudnia wymianę danych między urządzeniami i systemami. Aby blockchain mógł zostać skutecznie wdrożony, konieczne jest korzystanie ze wspólnych protokołów i standardów, które pozwolą na integrację nowych rozwiązań z istniejącą infrastrukturą IT. Tylko dzięki współpracy między podmiotami publicznymi, prywatnymi i regulatorami możliwe będzie stworzenie globalnego ekosystemu danych medycznych bazującego na blockchainie.

Drugim istotnym aspektem są wyzwania regulacyjne, w tym zgodność z przepisami ochrony danych osobowych, takimi jak RODO. Technologia blockchain, z natury oferująca niezmienną i pełną przejrzystość zapisów, stoi w potencjalnym konflikcie z prawem do bycia zapomnianym oraz innymi regulacjami dotyczącymi prywatności. Aby skutecznie wdrożyć blockchain w medycynie, konieczne jest stworzenie nowych ram prawnych, które uwzględnią specyfikę tej technologii i pogodzą potrzeby pacjentów z wymogami bezpieczeństwa. Rozwiązaniem mogą być hybrydowe modele,

PRZYKŁADOWE ROZWIĄZANIA DLA BRANŻY MEDYCZNEJ WYKORZYSTUJĄCE BLOCKCHAIN

- **Healthereum** – rozwiązanie stworzone przez firmę Evoke Technologies, które umożliwia pacjentom zbieranie tokenów i wymianie na nagrody (m.in. w postaci usług medycznych) za angażowanie się w proces opieki zdrowotnej, takie jak wizyta u lekarza, przestrzeganie zaleceń medycznych czy udział w badaniach klinicznych;
- **LifeGraph** – rozwiązanie stworzone przez amerykańską firmę BurstIQ, umożliwiające zarządzanie danymi zdrowotnymi pacjentów za pomocą mechanizmu blockchain – ich bezpieczne przechowywanie, wymianę i analizowanie;
- **Medicalchain** – technologia stworzona przez brytyjską firmę Medicalchain.com, która zastosowana została na platformie MyClinic.com do przechowywania danych medycznych w elektronicznej formie. Umożliwia ona bezpieczne i szybkie udostępnianie informacji różnym placówkom zdrowotnym;
- **MediLedger** – stworzona przez amerykańską firmę Chronicled platforma do kontroli łańcucha dostaw leków. Umożliwia producentom, dystrybutorom i aptekom śledzenie autentyczności oraz pochodzenia leków;
- **MedRec** – system opracowany przez naukowców i studentów z MIT Media Lab jako projekt badawczy mający na celu rozwiązanie problemów związanych z zarządzaniem dokumentacją medyczną. Jego twórcy położyli nacisk na zapewnienie pacjentom pełnej kontroli nad ich danymi oraz wspieranie badań naukowych przez zanonimizowane udostępnianie informacji medycznych;
- **Neurogress** – system opracowany przez hiszpański start-up technologiczny o tej samej nazwie, skupiający się na połączeniu zaawansowanej neurotechnologii, sztucznej inteligencji i mechanizmów blockchain. Firma Neurogress koncentruje się na rozwijaniu neurointerfejsów umożliwiających sterowanie urządzeniami za pomocą fal mózgowych, z zastosowaniami w rehabilitacji, robotyce oraz medycynie spersonalizowanej;
- **Solve.Care** – estońska firma (obecnie w trakcie zmiany marki na TuumIO), która opracowała platformę do zarządzania opieką zdrowotną oraz pakiet aplikacji. Platforma umożliwia koordynację i automatyzację procesów związanych z zarządzaniem opieką zdrowotną, takich jak planowanie leczenia, zarządzanie płatnościami czy weryfikacja dostępu do usług. Blockchain zapewnia bezpieczeństwo i przejrzystość w zarządzaniu informacjami medycznymi, a także eliminuje pośredników w systemach płatniczych, co przyczynia się do zmniejszenia kosztów.

łączące publiczne i prywatne rejestry danych, które umożliwią kontrolę nad udostępnianiem informacji.

Kolejnym ograniczeniem są koszty implementacji technologii blockchain. Wdrożenie wymaga znacznych inwestycji w infrastrukturę, takich jak serwery, oprogramowanie i urządzenia sieciowe, a także w szkolenia personelu medycznego. Placówki opieki zdrowotnej, szczególnie te dysponujące ograniczonymi zasobami, mogą mieć trudności z uzasadnieniem takich wydatków w obliczu innych

priorytetów budżetowych. Wsparcie w postaci funduszy rządowych, dotacji międzynarodowych czy partnerstw publiczno-prywatnych mogłoby pomóc w przełamywaniu tych barier.

Na przeszkodzie stoi również niski poziom świadomości i wiedzy na temat technologii blockchain wśród pracowników służby zdrowia. ●

Autor jest redaktorem magazynu CRN, specjalizującym się w tematyce cyfrowego bezpieczeństwa i zaawansowanych rozwiązań IT

NIL NA SZYBKO

Czas sukcesów

W ostatnich tygodniach dużo się działo i jest co najmniej kilka powodów, by się chwalić.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Koniec przyznawania warunkowego prawa wykonywania zawodu! Cieszy tym bardziej, że w innych zawodach medycznych ten tryb utrzymano.

Ograniczono handel receptami na medyczną marihuanę i opioidy w internecie. Co prawda, nie wszystkie nasze postulaty wprowadzono, ale podjęto pierwszy krok ku rozwiązaniu problemu.

Wraz z Fundacją Lekarze Lekarzom oraz okręgowymi izbami lekarskimi całe środowisko wsparło lekarzy dotkniętych powodzią. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy włączyli się w ten szczytny cel.

Pojawił się finałowy spot kampanii wizerunkowej z Tomaszem Kotem „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”. Tym razem pokazał, jak chcielibyśmy, by wyglądały wizyty, niestety system na to nie pozwala.

Prezydent podpisał ustawę o CMKP. Samorząd ma teraz dwa z sześciu głosów w sprawie wyboru dyrektora oraz nadzór nad umiejętnościami lekarskimi, a to ograniczy lekarzom koszty ich uzyskania i zwiększy dostępność.

Minister Adam Niedzielski został skazany za ujawnienie danych medycznych dr. Piotra Pisuli. Przyjmuje tylko, że samorząd udzielił doktorowi wsparcia.

Rozpoczęliśmy prace nad systemem automatycznej refundacji. Ma on być dobrowolny, ale skorzystanie z niego zwolni z odpowiedzialności finansowej za nienależną refundację.

Przekazaliśmy rządzącym stanowisko, że zdaniem NIL przedmiot „edukacja zdrowotna” powinien być obowiązkowy, by zwiększyć świadomość zdrowotną Polaków, a w efekcie odciążyc system ochrony zdrowia.

I na koniec: delegat na KZL z Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej dr Przemysław Jaczun złożył wniosek o zwołanie nadzwyczajnego krajowego zjazdu lekarzy celem odwołania prezesa NRL. Krajowa Komisja Wyborcza uznała wniosek za niezgodny z obowiązującym regulaminem wyborczym i pozostawiła bez rozpatrzenia. W odpowiedzi prezes NRL wystosował do lekarzy list otwarty przedstawiający 20 spraw, które udało się w tej kadencji osiągnąć. Dziewięć okręgowych rad lekarskich podjęło uchwały domagające się zwołania NKZL celem dyskusji oraz głosowania nad odwołaniem dr. Łukasza Jankowskiego z pełnionej funkcji. Konflikt wylał się poza samorząd – sprawę opisywały ogólnopolskie media. Koniec końców prezes ORL w Toruniu wniósł o usunięcie punktu o zwołanie zjazdu celem dyskusji z programu obrad NRL. ●

O TYM SIĘ MÓWI

Zespół ds. automatyzacji refundacji

Naczelna Rada Lekarska powołała w ramach uchwały Zespół Problemowy ds. Automatyzacji Ustalania Stopnia Refundacji Leków. Zespół będzie odpowiedzialny za działania mające na celu wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań w procesie refundacji leków oraz ułatwienie pracy lekarzy i lekarzy dentyistów. – Refundacja leków to przywilej pacjenta, a nie obowiązek lekarza, za który może zostać dotkliwie ukarany. Doprowadzenie do normalności w tym zakresie to jedno z najważniejszych zadań samorządu obecnej kadencji. Zespół będzie pracował, aby proponowane rozwiązania były praktyczne, bezpieczne i łatwe do codziennego stosowania. Liczę na szeroką współpracę i pomoc wszystkich środowisk lekarskich – komentuje przewodniczący zespołu Marcin Karolewski, wiceprezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Współpraca NIL z UODO

Współpraca przy wdrażaniu europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia (European Health Data Space – EHDS) była głównym tematem spotkania prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego z prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych Mirosławem Wróblewskim. Obie strony wyraziły chęć podpisania porozumienia, które umożliwi organizację wspólnych szkoleń dla lekarzy w tym zakresie. W tym roku jednym z priorytetów Urzędu jest ochrona danych medycznych, co koresponduje z planami Naczelnej Rady Lekarskiej, która również stawia na dbałość o dane medyczne.

Lekarz i policjant

Współpraca lekarza czy podmiotu leczniczego z organami ścigania, takimi jak policja, rodzi pytania dotyczące tego, w jakich okolicznościach i jakie informacje lekarz może lub musi ujawnić. Merytoryczne wsparcie w tym zakresie stanowi przygotowany przez Rzecznika Praw Lekarza oraz Biuro Prawne Naczelnej Izby Lekarskiej schemat postępowania w sytuacji interwencji policji w podmiocie leczniczym. – Przepisy regulujące te kwestie są złożone. Ich nieznanie może prowadzić do konfliktu między ochroną danych pacjenta i koniecznością współpracy na rzecz

zapewnienia bezpieczeństwa publicznego. Plakat odpowiada na pytania, z jakimi lekarze mogą się zetknąć podczas interwencji policji lub współpracy z policją. Prezentujemy tam modelowy sposób postępowania, który pomoże lekarzom działać zgodnie z prawem i jednocześnie chronić siebie oraz swoich pacjentów – podkreśla Rzecznik Praw Lekarza NIL Monika Potocka.

Izby będą przyznawać certyfikaty

To, że izby lekarskie będą mogły certyfikować umiejętności, to wielka szansa na podwyższanie jakości i zwiększanie dostępność do umiejętności zawodowych. Ta zmiana znacząco ułatwi lekarzom rozwój zawodowy, a fakt, że samorząd lekarski będzie miał wpływ na wybór dyrektora CMKP, pokazuje, że jako środowisko będziemy mieli wymierny udział w naszym kształceniu – podkreśla prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Prezydent Andrzej Duda podpisał nowelizację ustawy, która rozszerza katalog podmiotów przyznających certyfikat umiejętności zawodowej o Naczelną Izbę Lekarską i okręgowe izby lekarskie oraz wprowadza dwóch członków samorządu lekarskiego w składzie 6-osobowego zespołu powołującego dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Finał kampanii NIL

To ostatni etap kampanii społecznej „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem” Naczelnej Izby Lekarskiej. Kolejna część filmu z udziałem Tomasza Kota w reżyserii Łukasza Palkowskiego nie ukazuje jednak tego, co niedomaga w systemie ochrony zdrowia, lecz przedstawia obraz wizyty lekarskiej, która powinna i może – jaka zaznacza samorząd lekarski – stać się rzeczywistością polskich przychodni, szpitali i gabinetów. Droga do finału kampanii, której zwieńczeniem jest pozytywny obraz wizyty lekarskiej, wiodła od ukazania realiów funkcjonowania lekarza na 24-godzinnym dyżurze, przez przybliżenie perspektywy lekarzy, którzy w chwili ratowania życia pacjentów oprócz kierowania się swoją najlepszą wiedzą medyczną muszą mieć na uwadze konsekwencje prawne powikłań i zdarzeń niewynikających z własnych błędów, aż do odzwierciedlenia niemocy pacjentów i lekarzy wobec systemowych niedomagań i zaniedbań, których „żywą

tarczą” w lekarskim gabinecie stają się właśnie medycy.

O psychiatrii dzieci i młodzieży

W gabinecie psychiatry nie rzadko jest więcej niż jeden pacjent. To właśnie leczenie psychiatryczne stanowią dziś barierę przed wieloma negatywnymi następstwami dla pacjenta, ponieważ gdy pacjent jest zaopiekowany od strony psychiatrycznej, często nie trafia potem do gastroenterologa czy kardiologa. Minimalizuje tym samym somatyzację swoich problemów w sferze psychicznej – mówił podczas I Ogólnopolskiej Konferencji Psychiatrii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży prezes Łukasz Jankowski. Wydarzenie zorganizowane zostało przez Klinikę Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM w porozumieniu z nowo powstałym Towarzystwem Psychiatrii, Psychologii, Psychoterapii i Terapii Środowiskowej Dzieci i Młodzieży oraz konsultantami krajowymi w dziedzinach psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej.

MÓWIĄ O NAS

Teleporada w KEL

Na antenie Polsat News prezes Naczelnej Rady Lekarskiej komentował wprowadzenie do nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej przepisów dotyczących teleporady. – KEL nie jest Kodeksem karnym, jest raczej wskazówką dla lekarzy i dla pacjentów, jak powinna wyglądać opieka lekarska. Precyzuje, jak powinna wyglądać teleporada: w czasie rzeczywistym, a nie na podstawie ankiet czy tzw. receptomatu – podkreślił prezes Łukasz Jankowski.

Edukacja zdrowotna

W TVP wiceprezes NRL Klaudiusz Komor mówił o potrzebie wprowadzenia edukacji zdrowotnej do programu nauczania. – Dla nas jako dla lekarzy najważniejsze

w tym przedmiocie od początku miała być ta część dotycząca zdrowia, bo sama nazwa „edukacja zdrowotna” raczej sugeruje, że będziemy uczyć te dzieci tego, co dla nich będzie z korzyścią dla zdrowia. I myślę, że pod tym względem ten przedmiot jest niezmiernie ważny i powinniśmy dalej dążyć do tego, żeby wszystkie dzieci brały udział w zajęciach tego przedmiotu – wyjaśniał Klaudiusz Komor.

Stomatologia na NFZ

O wycenie nowych procedur w stomatologii dla „Dziennika Gazety Prawnej” mówił Paweł Barucha, wiceprezes NRL. – Nowe procedury nie zostały wycenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Tym samym NFZ nie może ich wpisać do koszyka świadczeń, przez co gabinety nie mogą zrealizować nowych usług – tłumaczy przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL. Jak zauważają eksperci Naczelnej Rady Lekarskiej, na stomatologię jest dziś przeznaczane 2 proc. budżetu NFZ. W 2024 r. było to 3,4 mld zł. W 2025 r. kwota ta będzie o pół miliarda większa. Zdaniem środowiska stomatologicznego powinno być to dwa razy tyle.

Produkcja leków

O potrzebie wytwarzania leków w ramach własnego rynku z Radiem Zet rozmawiał rzecznik prasowy NIL Jakub Kosikowski. – W razie zagrożenia magazyny z lekami szybko się kurczą, ale podstawowe leki: przeciwwzakrzepowe, na nadciśnienie, cukrzyce, to wszystko musi być produkowane w Polsce od A do Z. Bo jak coś się na świecie wydarzy, to taki producent czy z Chorwacji, czy Francji, czy Stanów Zjednoczonych, jeżeli będzie zwiększony na nie popyt, to najpierw będzie zaopatrywał własny rynek. Żaden rząd nie pozwoli wywieźć leków, jeżeli ich brakuje u siebie. W tej chwili, nawet jeśli leki są wytwarzane w Polsce, to składniki przewożone są z Indii lub Chin. W razie wojny dostawy byłyby przerwane – argumentował Jakub Kosikowski. ●

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Przełom w leczeniu bólu przewlekłego

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

Otwiera się nowy rozdział dla pacjentów, którzy dotychczas często byli pozostawieni samym sobie.

W sierpniu 2023 r. weszło w życie rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Dr n. med. Magdalena Kocot-Kępska, prezeska Polskiego Towarzystwa Badania Bólu (PTBB), które usilnie zabiegało o wprowadzenie tego rozporządzenia, jest przekonana, że to znacząca zmiana na lepsze. Podniosła się świadomość w społeczeństwie, ale też wśród lekarzy i pozostałego personelu medycznego, że ból przewlekły bezwzględnie trzeba leczyć, a z tym bywało różnie. Przełożyło się to na wzrost liczby pacjentów kierowanych do poradni leczenia bólu, co świadczy o tym, że więcej lekarzy dostrzega potrzebę leczenia ich dolegliwości. Wielu z nich trafiało tam dopiero po latach, z bólem już na tyle utrwalonym, że leczenie było długotrwałe i kosztowne, a często nieskuteczne.

Zmiany na lepsze dotyczą także wprowadzenia jednolitej refundacji dla analgetyków opioidowych, o co walczyły PTBB. – To ogromne osiągnięcie, ponieważ udało się zlikwidować ograniczenia w dostępie do tych leków. Leki, które są szczególnie przydatne u pacjentów z bólem nienowotworowym, nie były dotychczas refundowane i dla większości chorych były niedostępne, co sprawiało, że możliwości leczenia były ograniczone – tłumaczy Magdalena Kocot-Kępska.

W ciągu ostatniego roku wprowadzono także 50-proc. refundację szczepionki przeciwko półpaścowi, którego powikłaniem jest neuralgia, także powodująca silne dolegliwości bólowe. Szczepionka zabezpiecza przed półpaścem w 70-80 proc.

IDZIE NOWE

W związku z zapowiadaną nowelizacją rozporządzenia o ambulatoryjnej opiece

specjalistycznej (chodzi o poradnie leczenia bólu, o zabiegi, które tam mogą być wykonywane, wyceny świadczeń, uwzględnienie porad psychologicznych) szykują się dalsze zmiany. Towarzystwo podejmuje też kroki w celu uzyskania refundacji leków z grupy koanalgetyków, np. lidokainy w postaci plastrów, leków przeciwdrgawkowych, przeciwdepresyjnych dla pacjentów z bólem neuropatycznym nienowotworowym. W planach PTBB jest także uzyskanie zmiany wyceny procedur interwencyjnych w poradniach leczenia bólu, które cierpią na ogromne niedobory. Obecne wyceny procedur są kilkakrotnie niższe niż wykonywane w szpitalach.

GŁODNI WIEDZY

Rozporządzenie, które obowiązuje od 2023 r., dość precyzyjnie określa, w jakich sytuacjach i w jaki sposób należy dokonywać oceny bólu, jednak wiedza na ten temat wśród lekarzy POZ i specjalistów w swoich dziedzinach jest wciąż niewystarczająca. Ośrodek Kształcenia COBiK NIL półtora roku temu podjął współpracę z Polskim Towarzystwem Badania Bólu dotyczącą organizacji szkoleń w tym kierunku. W tym czasie przeprowadzono ich już kilkanaście. W lutym 2025 r. są one kontynuowane. Szkolenia cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, w każdym z wykładów brało udział około 300 słuchaczy, często przeciągały się one poza zaplanowany czas.

INNY U KOBIET I MĘŻCZYŹN

Nowością w medycynie bólu są np. doniesienia na temat rozróżnienia

w odczuwaniu bólu przez kobiety i mężczyzn. Ponieważ medycyna bólu jest andronormatywna, badania eksperymentalne – również kliniczne – były prowadzone na osobnikach płci męskiej. Tymczasem dowiedziono naukowo, że kobiety ból różni się od męskiego i tym samym wymaga innego leczenia.

– Ta zmiana w podejściu zasła dopiero w ostatnim czasie, ale już wiemy, że układy przeciwbólowe zaczynają się różnicować w momencie pojawienia się hormonów płciowych, co powoduje, że kobiety bardziej emocjonalnie odczuwają ból, przez co też inaczej reagują na leki przeciwbólowe – tłumaczy Magdalena Kocot-Kępska. Uważa, że to odkrycie zmieni w przyszłości całą medycynę.

Dzieląc się obserwacjami z prowadzonych szkoleń, podkreśla, że wiedza na temat bólu wśród lekarzy jest różnorodna, co sugeruje, że należy kontynuować szkolenia. Zaznacza, że do szkoleń coraz chętniej dołączają stomatolodzy. – Medycyna bólu jest dziedziną interdyscyplinarną. W naszej poradni leczenia bólu w Krakowie zatrudniamy także stomatologa, do którego zgłasza się wielu pacjentów z dolegliwościami bólowymi np. stawu skroniowo-żuchwowego. Nasze towarzystwo ściśle współpracuje z różnymi specjalistami, nie dzielimy ich na lekarzy i lekarzy dentyistów, a nasze szkolenia są kierowane również do nich – konkluduje. ●

Szkolenia Ośrodka Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej w lutym 2025 r.

NIL

Ośrodek
Kształcenia

Szkolenia dedykowane wiedzy medycznej w poszczególnych specjalizacjach:

- » 10.02.2025 Analgetyki nieopioidowe - Polskie Towarzystwo Badania Bólu.
- » 12.02.2025 Nadwrażliwość na leki - diagnostyka oraz zasady postępowania i zlecenia leków.
- » 12.02.2025 Leczenie bólu w onkologii - Polskie Towarzystwo Badania Bólu.
- » 17.02.2025 Otyłość oczami lekarza POZ i specjalisty. Kto ma większe możliwości pomocy pacjentowi?
- » 19.02.2025 Zaburzenia rytmu w niewydolności serca. Jak skutecznie zapobiegać i leczyć?
- » 20.02.2025 Pacjent żyjący z HIV- diagnostyka, leczenie, opieka długoterminowa - praktyczne info.
- » 22.02.2025 Obrazowanie 2D w stomatologii.
- » 24.02.2025 Depresja o różnych obrazach klinicznych - od diagnozy do terapii.
- » 26.02.2025 Miopatie zapalne – obraz kliniczny i elektrofizjologiczny.
- » 27.02.2025 Obniżenie odporności u Pacjentów w starszym wieku, jak mu przeciwdziałać?
- » 27.02.2025 Niepadaczkowe napady psychogenne - na co zwracać uwagę? Artefakty w zapisie EEG.

Szkolenia z kompetencji miękkich i umiejętności komunikacyjnych:

- » 07.02.2025 Właściwe przygotowanie wystąpienia publicznego - kluczowe zagadnienia.
- » 28.02.2025 Rola feedbacku pacjenta w doskonaleniu praktyki medycznej.

Szkolenia dot. prawa medycznego:

- » 20.02.2025 Mobbing i przeciwdziałanie mobbingowi w miejscu pracy – aspekty prawne.

Szkolenia z zakresu innowacji w medycynie:

- » 11.02.2025 Budowanie marki osobistej lekarza i influencer marketing.
- » 18.02.2025 Greenbook - wymagania raportowania ESG w podmiotach leczniczych.
- » 25.02.2025 EDM jako podstawa rozwoju kolejnych funkcjonalności w e-Zdrowiu.

Zarządzanie sobą i placówkami medycznymi:

- » 21.02.2025 Budowanie zespołów wysokiej wydajności w służbie zdrowia.

Inne:

- » 13.02.2025 Pisz skutecznie - praktyczne wskazówki jak formułować pisma, maile, materiały dla pacjentów.
- » 19.02.2025 Lekarz – Inwestor. Szkolenie dla osób, które budują nowe lub modernizują swoje istniejące miejsce pracy.
- » 20.02.2025 Badanie opinii pacjentów - metody zbierania opinii, analiza i wykorzystania wniosków.

» Szkolenia organizowane w Partnerstwach z Polskimi Towarzystwami Medycznymi oraz Instytucjami.

Pełna oferta szkoleń oraz szczegóły dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej
w zakładce **KURSY I SZKOLENIA**.

Zapisy na szkolenia:

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

 szkolenia@nil.org.pl

 (22) 559 13 00 wew. 507



PAWEŁ DOCZEKALSKI
REDAKTOR NACZELNY

Dokumenty z NRL z 22 listopada 2024 r.

**UCHWAŁA NR 29/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 22 LISTOPADA 2024 R.**

w sprawie terminów posiedzeń Naczelnej
Rady Lekarskiej
w roku 2025

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

§ 1.

Ustala się następujące terminy posiedzeń
Naczelnej Rady Lekarskiej w roku 2025:
17 stycznia, 7 marca, 9 maja, 4 lipca, 19
września, 21 listopada, 19 grudnia.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 30/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 22 LISTOPADA 2024 R.**

w sprawie terminu oraz wyboru miejsca
obrad XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy

Na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia 2
grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U.
z 2021 r. poz. 1342.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się, iż XVII Krajowy Zjazd Lekarzy
odbędzie się w dniach 21-23 maja 2026 r.
w Hotelu Warszawianka w Jachrance.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 31/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 22 LISTOPADA 2024 R.**

w sprawie organizacji
XXII Igrzysk Lekarskich

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 4 w zw.
z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia
2009 roku o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021
r. poz. 1342) Naczelna Rada Lekarska,
uchwała, co następuje:

§ 1.

Wyraża się zgodę na zorganizowanie
XXII Igrzysk Lekarskich w Cetnie-
wie w dniach 10-14 września 2025 r.

§ 2.

1. Upoważnia się Przewodniczącego
Komisji ds. Sportu Naczelnej Rady
Lekarskiej – Marcina Szczęśniaka,
do dokonywania wszelkich czynności
związanych z realizacją uchwały
oraz organizacją wydarzenia, o któ-
rym mowa w § 1 ust. 1.

2. Upoważnia się Prezesa Naczelnej
Rady Lekarskiej – Łukasza Jankow-
skiego i Skarbnika Naczelnej Rady
Lekarskiej – Grzegorza Mazura do
zawierania umów w związku z re-
alizacją wydarzenia, o którym mowa
w § 1 ust. 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 33/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 22 LISTOPADA 2024 R.**

w sprawie wyboru drukarni
do druku „Gazety Lekarskiej”
w 2025 roku

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt
18 oraz art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw.
z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia
2 grudnia 2009 r. o izbach lekar-
skich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342)
Naczelna Rada Lekarska uchwała,
co następuje:

§ 1.

Dokonuje się wyboru firmy Euro-
druk-Poznań spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością z siedzibą w Po-
znaniu do druku „Gazety Lekar-
skiej” w 2025 r.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej
Rady Lekarskiej – Łukasza Jankow-
skiego i Skarbnika Naczelnej Rady
Lekarskiej – Grzegorza Mazura do
zawarcia umowy z firmą, o której
mowa w § 1.

§ 3.

Nadzór nad realizacją uchwały po-
wierza się Wiceprezesowi Naczelnej

Rady Lekarskiej - Klaudiuszowi
Komorowi.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 34/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 2 LISTOPADA 2024 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie
powołania przewodniczących
komisji i zespołów Naczelnej
Rady Lekarskiej

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

§ 1.

W uchwale Nr 5/22/IX Naczelnej
Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca
2022 r. w sprawie powołania
przewodniczących komisji i ze-
społów Naczelnej Rady Lekarskiej
zmienionej uchwałą Nr 43/22 Na-
czelnej Rady Lekarskiej z dnia 21
października 2022 r., uchwałą Nr
31/23 z dnia 25 sierpnia 2023 r. oraz
uchwałą Nr 5/24/IX z dnia 26 stycz-
nia 2024 r. § 1 pkt 11 otrzymuje
brzmienie:

„11) Zespół ds. Reformy Systemu
Zgłaszania i Rejestrowania Zdarzeń
Niepożądanych i Szkód w Ochronie
Zdrowia – Damian Patecki”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem
podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 35/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 22 LISTOPADA 2024 R.**

w sprawie wzoru zaświadczenia potwierdzającego posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) oraz art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2007 r. poz. 1172) w zw. z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2527) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Przyjmuje się wzór zaświadczenia potwierdzającego posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wydawanego na podstawie art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2007 r. poz. 1172) oraz wzór wniosku lekarza o wydanie zaświadczenia oraz rekomenduje się niniejsze dokumenty do stosowania.

2. Wzór zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.
3. Wzór wniosku o wydanie zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 2 do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

APEL NR 2/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 22 LISTOPADA 2024 R.

do Ministra Zdrowia

Mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów i ich ochronę przed poważnymi następstwami wynikającymi z wykonywania, przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji zabiegów medycyny estetycznej, Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych, mających na celu uregulowanie materii wykonywania zabiegów medycyny estetycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, umożliwiającymi wykonywanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez

osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, dające rękojmię wysokiego poziomu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

APEL NR 3/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 22 LISTOPADA 2024 R.

do Ministra Zdrowia
w sprawie nowelizacji
ustawy o badaniach klinicznych
produktów leczniczych
stosowanych u ludzi

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do nowelizacji ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz.U. z 2023 r. poz. 605). Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi aktualne brzmienie przepisów ustawy m.in. w zakresie sposobu finansowania komisji bioetycznych uprawnionych do sporządzania oceny etycznej badań klinicznych, zasad wpisu na listę komisji bioetycznych, składu zespołu opiniującego w ramach komisji bioetycznej, sposobu wynagradzania członków zespołu czy podnoszenia jakości pracy komisji bioetycznej poprzez dostęp jej członków do szkoleń.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

APEL NR 4/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 22 LISTOPADA 2024 R.

do Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia o zainicjowanie systemowych zmian mających na celu umieszczenie lekarzy i lekarzy dentyistów na liście osób uprawnionych do przyjęć poza kolejnością w jednostkach ochrony zdrowia.
(...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

Dokumenty z NRL z 20 grudnia 2024 r.

UCHWAŁA NR 36/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 20 GRUDNIA 2024 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa

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

§ 1.

W § 2 ust. 1 uchwały nr 29/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r. w sprawie Ośrodka ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa dodaje się pkt 5) o następującym brzmieniu:

„5) pomoc w ustaleniu lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje do pełnienia funkcji biegłego na potrzeby prowadzonych postępowań w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelnego Sąd Lekarski.”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 37/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 20 GRUDNIA 2024 R.

w sprawie wydawania
Gazety Lekarskiej w roku 2025

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 17-18 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) w związku z uchwałą Nr 15 XV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2022 r. w sprawie formy pręnumeraty uchwała się, co następuje:

§ 1.

W roku 2025 zostanie wydanych 10 numerów Gazety Lekarskiej. Harmonogram wydań ustali Kolegium Redakcyjne Gazety Lekarskiej.

§ 2.

W roku 2025 Gazeta Lekarska i Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej będą wydawane w formie

elektronicznej i hybrydowej, w następujący sposób:

1 wszyscy członkowie samorządu lekarskiego będą otrzymywać papierową wersję czterech wydań specjalnych Gazety Lekarskiej, tj. 3/2025, 6/2025, 10/2025 oraz 12/2025-1/2026; 2 pozostałe sześć wydań Gazety Lekarskiej, tj. 2/2025, 4/2025, 5/2025, 7-8/2025, 9/2025 oraz 11/2025 będzie ukazywać się w formie hybrydowej, a mianowicie:

a członkowie samorządu lekarskiego, którzy ukończyli 70. rok życia, lub którzy zadeklarowali chęć otrzymywania wyłącznie wersji papierowej, będą otrzymywać papierową wersję Gazety Lekarskiej,

b pozostali członkowie samorządu lekarskiego będą otrzymywać elektroniczną wersję Gazety Lekarskiej.

(...)

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 38/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 20 GRUDNIA 2024 R.

w sprawie zasilenia
funduszu celowego przeznaczonego
na cele remontowo-inwestycyjne

Na podstawie art. 114 ust. 3 i art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1 Zasila się fundusz celowy przeznaczony na cele remontowo-inwestycyjne kwotą 6 000 000 złotych (słownie: sześć milionów złotych).

2 Środki na zasilenie funduszu, o którym mowa w ust. 1, będą pochodziły z:

a funduszu celowego zdarzeń nadzwyczajnych w kwocie 1 500 000 złotych (słownie: jeden milion pięćset tysięcy złotych),
b środków bieżących zgromadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską w kwocie 4 500 000 złotych (słownie: cztery miliony pięćset tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 39/24/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z 20 GRUDNIA 2024 R.

w sprawie tworzenia systemu
głosowania elektronicznego
na potrzeby przeprowadzenia
wyborów

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Tworzy się System głosowania elektronicznego, zwany dalej „Systemem”, mający na celu organizację i obsługę procesu wyborczego, o którym mowa w Regulaminie wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz tryb odwołania członków tych organów stanowiącym załącznik do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 17 maja 2024 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu wyborów, zwany dalej: „Regulaminem wyborów”. System jest tworzony w oparciu o umowę zawartą na podstawie uchwały nr 27/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2023 r. w sprawie zakupu systemu elektronicznego oddawania głosów w wyborach przeprowadzanych w samorządzie zawodowym lekarzy i lekarzy dentyków.

2. System będzie wykorzystywany w szczególności do:

- 1) prowadzenia rejestrów związanych z wyborami,
- 2) zarządzania składami rejonów wyborczych,
- 3) rejestracji kandydatów na delegatów,
- 4) wyznaczania składów komisji skrutacyjnych,
- 5) obsługi głosowań,
- 6) monitorowania przebiegu procesu wyborczego,
- 7) tworzenia dokumentacji wyborczej.

§ 2.

1. Administratorami danych osobowych przetwarzanych w Systemie są:
1) Naczelna Rada Lekarska (NRL),
2) okręgowe rady lekarskie (ORL).
2. NRL i każda z ORL będą działały jako współadministratorzy danych osobowych przetwarzanych w Systemie, zgodnie z art.

26 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO), na podstawie porozumienia o współadministrowaniu.

3. NRL pełni funkcję koordynatora w zakresie zapewnienia zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami RODO oraz innymi przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych.

§ 3.

1. Dane osobowe wprowadzane do Systemu będą pochodziły z następujących źródeł:

- 1) Centralnego Rejestru Lekarzy (CRL),
 - 2) danych wprowadzanych przez poszczególne okręgowe rady lekarskie.
2. Każda ORL będzie miała dostęp wyłącznie do danych dotyczących lekarzy i lekarzy dentyków zaawidencjonowanych jako członkowie danej Okręgowej Izby Lekarskiej.
3. Dostęp do danych w Systemie będzie odbywał się zgodnie z zasadą minimalizacji dostępu.

§ 4.

1. Szczegółowe zasady działania Systemu, zakres obowiązków poszczególnych współadministratorów danych osobowych oraz sposób przetwarzania danych osobowych określi Krajowa Komisja Wyborcza w odrębnej uchwale wydanej na podstawie § 51 Regulaminu Wyborów.

2. W uchwale Krajowej Komisji Wyborczej, o której mowa w ust. 1, uwzględni się:

- 1) zasady współadministrowania danymi przez NRL i ORL,
- 2) procedury bezpieczeństwa, w tym dotyczące incydentów naruszenia ochrony danych,
- 3) szczegółowe uprawnienia administratorów i użytkowników Systemu.

§ 5.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej Łukaszowi Jankowskiemu.

§ 6.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 6/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 20 GRUDNIA 2024 R.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przekazanych przy piśmie Ministra Zdrowia pani Izabeli Leszczyńskiej z dnia 20 listopada 2024 r. (znak: DLU.0210.31.2024.RB) Naczelna Rada Lekarska przekazuje następujące uwagi: (...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**APEL NR 5/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 20 GRUDNIA 2024 R.**

do okręgowych rad lekarskich o podjęcie dyskusji w sprawie objęcia lekarzy seniorów szczególnym traktowaniem w relacji lekarz leczący - lekarz pacjent

Naczelna Rada Lekarska zwraca się z apelem do okręgowych rad lekarskich o zainicjowanie w swoich środowiskach dyskusji w sprawie zaopiekowania się lekarzami seniorami w relacji na linii lekarz, który leczy, a lekarz, który znajduje się w potrzebie zdrowotnej. (...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**APEL NR 6/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 20 GRUDNIA 2024 R.**

do Ministra Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do Ministra Zdrowia z apelem o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do umożliwienia składania przez pacjentów oświadczeń o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny albo metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone

ryzyko z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych. (...)

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

Dokumenty z NRL z 17 stycznia 2025 r.

**UCHWAŁA NR 1/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie powołania Zespołu problemowego ds. automatyzacji ustalania stopnia refundacji leków

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.) oraz § 4 ust. 1 i § 6 ust. 1 załącznika nr 1 do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwała się, co następuje:

§ 1.

Powołuje się Zespół roboczy ds. automatyzacji ustalania stopnia refundacji leków, zwany dalej: Zespołem, w składzie:

- Przewodniczący – Marcin Karolewski;
- Członek - Monika Bojarska-Łoś;
- Członek - Magda Flaga-Łuczkiwicz;
- Członek - Jakub Kosikowski;
- Członek - Marcin Nowiński;
- Członek - Filip Pawliczak;
- Członek - Jerzy Radziszowski;
- Członek - Łukasz Szmygel;
- Członek - Jarosław Wanecki.

§ 2.

Do zadań Zespołu należy:

- weryfikowanie projektów rozwiązań służących do wprowadzenia automatyzmu refundacji leków,

- opiniowanie zasad wprowadzenia automatycznego oznaczania poziomu odpłatności leków na receptach przez dedykowany system teleinformatyczny,
- proponowanie rozwiązań, które uprości działanie lekarzy i lekarzy dentystów podczas wystawiania recept na leki refundowane przy zachowaniu zwolnienia lekarzy z odpowiedzialności za oznaczenie poziomu odpłatności,
- proponowanie rozwiązań zdejmujących z lekarzy i lekarzy dentystów obowiązki związane z oznaczaniem poziomu odpłatności wykraczające poza sferę oznaczenia stanu klinicznego pacjenta,
- ocena pod kątem zasad wiedzy medycznej prawidłowości ustalania poziomu odpłatności przez system teleinformatyczny w przygotowywanych dokumentach dotyczących automatyzmu refundacyjnego dla poszczególnych leków refundowanych.

§ 3.

Do Zespołu nie stosuje się zasad określonych w § 2 i § 3 załącznika nr 1 do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 2/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie wskazania przedstawicieli do zespołu przeprowadzającego nabór na stanowisko dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 20 i 24 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) oraz art. 6a ust. 5 ustawy z dnia 13 września 2018 roku o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. U. z 2024, poz. 570 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Na przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej do zespołu przeprowadzającego nabór na stanowisko dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wskazuje się:

- dr n. med. Mateusza Kowalczyka;
- dr hab. n. med. Magdę Wiśniewską.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 3/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie organizacji otwartego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej wraz z debatą Okrągły Stół dla dyskusji o samorządzie lekarskim

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

§ 1.

Postanawia się zorganizować otwarte posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 7 marca 2025 r.

§ 2.

W porządku obrad posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, o którym mowa w § 1, umieścić punkt o nazwie „Przeprowadzenie debaty Okrągły Stół dla dyskusji o samorządzie lekarskim”.

§ 3.

• O terminie i miejscu odbywania otwartego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej zawiadomić wszystkich delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy IX kadencji.
• Umożliwić delegatom na Krajowy Zjazd Lekarzy IX kadencji prawa wzięcia udziału w dyskusji w czasie debaty Okrągły Stół dla dyskusji o samorządzie lekarskim.

§ 4.

Pokryć ze środków budżetu Naczelnej Rady Lekarskiej koszty wyżywienia delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy biorących udział w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, o którym mowa w § 1.

§ 5.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej do zawarcia umów niezbędnych do organizacji posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, o którym mowa w § 1.

§ 6.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 4/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2025

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2025 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 5/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów w 2023 r.

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

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów w 2023 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 6/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie utworzenia Funduszu reprezentacyjnego dla lekarzy sportowców

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 13 i 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Tworzy się Fundusz reprezentacyjny dla lekarzy sportowców, zwany dalej: „Funduszem”. Środki Funduszu mogą być przeznaczone na:

- 1) przyznawanie lekarzom i lekarzom dentyistom dofinansowania udziału w imprezach sportowych;
- 2) zakupu sprzętu sportowego i odzieży sportowej.

§ 2.

Środki finansowe przeznaczone dla Funduszu są zamieszczane w budżecie Naczelnej Izby Lekarskiej na dany rok kalendarzowy.

§ 3.

Zasady i tryb wydatkowania środków z Funduszu określa regulamin Funduszu reprezentacyjnego stanowiący załącznik do uchwały.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 7/25/P-IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie upoważnienia do cyklicznego zawierania umów sponsoringu Reprezentacji Polskich Lekarzy w piłce nożnej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) o uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Łukasza Jankowskiego oraz Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazurę do cyklicznego zawierania umów sponsoringu Reprezentacji Polskich Lekarzy w piłce nożnej na zasadach określonych w regulaminie Funduszu reprezentacyjnego dla lekarzy sportowców.

§ 2.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Wiceprezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiuszowi Komorowi.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 8/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie wyboru firmy do foliowania, insertowania, adresowania i kolportażu „Gazety Lekarskiej” w 2025 roku

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Dokonać wyboru firmy Poczta Polska S.A. do foliowania, insertowania, adresowania i kolportażu „Gazety Lekarskiej” w 2025 roku.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazurę do zawarcia umowy z firmą, o której mowa w § 1.

§ 3.

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Wiceprezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej - Klaudiuszowi Komorowi.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 9/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”

Na podstawie art. 39 ust.1 pkt 1-4 w zw. z art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W załączniku do uchwały Nr 22/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2023 r. w sprawie regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” wprowadza się następujące zmiany:

• W § 2 pkt 6-7 otrzymują brzmienie: (...)

7) 20 Członków Samorządu Lekarskiego noszących odznaczenie „Meritus Pro Medicis” wybieranych losowo drogą elektroniczną przez Prezydium Kapituły spośród Odznaczonych zgłaszających chęć udziału w pracach Kapituły. Spośród Odznaczonych zgłaszających chęć udziału w pracach Kapituły Prezydium Kapituły dodatkowo wybiera losowo drogą elektroniczną na każde posiedzenie Kapituły Odznaczenia 10 osób, które stanowią listę rezerwową i według kolejności na liście zastępują Odznaczonych wylosowanych do składu Kapituły, którzy zgłoszą niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu Kapituły Odznaczenia.”;

• W § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie: (...)

• W § 4 ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. Wnioski o nadanie Odznaczenia mogą składać członkowie i organy izb lekarskich.”;

• W § 5 ust. 3-7 otrzymują brzmienie:

„3. Odznaczenie przyznawane jest nie więcej niż 10 osobom rocznie, z zastrzeżeniem ust. 6 zdanie drugie i trzecie. Odznaczenie przyznawane jest osobom, które uzyskały kolejno największą liczbę głosów, ale jednocześnie każda z nich musi uzyskać nie mniej niż 2/3 ważnie oddanych głosów.

4. Każdy głosujący dysponuje dziesięcioma głosami, które może przyznać w danym głosowaniu. Głosowanie jest ważne, jeśli głos odda nie mniej niż 2/3 obecnych na zebraniu Kapituły.

5. Jeżeli w pierwszym głosowaniu wymaganą liczbę 2/3 ważnie oddanych głosów uzyskało mniej niż dziesięciu kandydatów lub gdy żaden z kandydatów nie uzyskał wymaganej liczby głosów, przeprowadza się drugą turę głosowania, a jeżeli po drugiej turze nadal pozostają do przyznania Odznaczenia, przeprowadza się trzecią turę głosowania. Do kolejnej tury głosowania przechodzą osoby z kolejnymi najwyższymi wynikami w liczbie odpowiadającej liczbie pozostałych do przyznania Odznaczeń.

6. Drugą turę głosowania przeprowadza się także gdy w pierwszej turze głosowania dziesiąty wynik osiągnęły dwie lub więcej osób - w takim przypadku do drugiej tury przechodzą wszystkie te osoby.

W tym przypadku, gdy w drugiej turze więcej niż dwie osoby osiągnęły pierwszy wynik, Odznaczenie przyznaje się wszystkim osobom, które osiągnęły dany wynik. Zasadę tę stosuje się odpowiednio także do trzeciej tury głosowania.

7. W przypadku, gdy w trzeciej turze głosowania kandydat nie osiągnął wymaganej liczby głosów, Odznaczenia nie przyznaje się. Trzecia tura głosowania jest ostateczna.”.

• W § 5 dodaje się ust. 12 o brzmieniu:

„12. W uzasadnionych wypadkach Naczelna Rada Lekarska może – w drodze uchwały - zwiększyć roczny limit odznaczeń, o którym mowa w ust. 3 W takim wypadku odpowiednio zwiększa się liczba głosów przysługujących członkom Kapituły w czasie głosowań.”.

6) załącznik nr 1 do Regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis” pn. „Wzór wniosku o nadanie Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” otrzymuje brzmienie jak w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Ustala się tekst jednolity Regulaminu nadawania odznaczenia „Meritus Pro Medicis”. (...)

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

**STANOWISKO NR 1/25/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z 17 STYCZNIA 2025 R.**

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, przekazanych przy piśmie Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Wojciecha Koniecznego z dnia 30 grudnia 2024 r. (znak: ZPP.0210.3.2024.AK), nie zgłasza uwag do przedmiotowego projektu.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

PO GODZINACH – PODRÓŻE

Przylądek Dobrej Nadziei

JAROSŁAW WANECKI

Wycieczki do Afryki Południowej stają się coraz modniejsze, ale nie aż tak popularne, jak inne kierunki na kontynencie. Stąd też pierwsze zdziwienie: nikomu nie było ciepło.



fot.: Shutterstock.com

Spojrzenie na mapę wiele wyjaśnia. Na wprost Przylądka Igielnego, gdzie mieszają się wody oceanów Indyjskiego i Atlantyckiego, leży już tylko Antarktyda. Między czerwcem i sierpniem w Górach Smoczyc, na wyżynie Wysoki Weld i w Johannesburgu (położonym na wysokości 1753 m n.p.m.) nierzadko leży śnieg. W lecie temperatury w Kapsztadzie oscylują w granicach 30°C, a w zimie przeważają chłodne dni z deszczem. Zatem określenie „klimat śródziemnomorski” brzmi atrakcyjnie, ale tylko do lodowatego uderzenia wiatru na Górze Stołowej. Dlatego po wielu konsultacjach wybrałem się do RPA wiosną (listopad) i mimo walizki wypchanej ubraniami na wszystkie pory roku (w Polsce

spadł właśnie pierwszy śnieg) warto było zobaczyć budzącą się do życia sawannę.

ZAPOMNIEĆ O MIASTACH

Prawdziwy citybreaker, a należę do fanów miast, w których podziwiam cuda architektoniczne, w Republice Południowej Afryki nie będzie miał zbyt wiele do roboty. Powody są co najmniej dwa. Pierwszy to bezpieczeństwo turysty, które w Pretorii czy Johannesburgu nadal nie jest pewne. Ciągłe ostrzeżenia, żeby się nie oddalać, oraz oglądanie budynków i pomników z okien autokaru nie pozwalają na poznanie klimatu metropolii i denerwują. Osiedla

▲ Góra Stołowa uznawana jest za symbol Kapsztadu, wznosi się na 1086 m n.p.m.

i instytucje państwowe ogrodzone są wysokimi murami z drutem kolczastym podłączonym do prądu. Wciąż stosunek zabójstw i gwałtów do liczby ludności należy tutaj do najwyższych na świecie. Drugim powodem, aby nie tracić czasu w mieście, jest wyższość krajobrazu nad urbanistycznymi rozwiązaniami pochodzącymi najczęściej z czasów kolonialnych podbojów Portugalczyków, Holendrów i Brytyjczyków. Enklawą wydaje się jedynie Kapsztad, miasto Christiaana



fot.: Jarosław Wanecki

▲ Słonie w drodze do rzeki

► Plaża pingwinów

Barnarda, który w klinice uniwersyteckiej pierwszy na świecie wykonał udaną transplantację ludzkiego serca. Jedną z trzech stolic RPA, ukrytą w głębokiej zatoce, warto podziwiać z potężnego masywu Góry Stołowej, przykrytej magicznie spływającym w dół obrusem mgły. Panoramiczna kolejka linowa wiezie rzesze obcokrajowców na płaski szczyt, z którego rozciągają się zapierające dech widoki z bryzą oceanu.

PRZYŁĄDEK BURZ

Żegnając Kapsztad, trzeba na dobre zapamiętać o wielojęzycznym gwarze miejskim, poddając się urokom zielonych dolin, kwitnących drzew i krzewów, podmuchom wiatru oraz oceanicznej otchłani. Okoliczne winnice przypominają o tradycji winiarskiej, którą zaszczepili w Afryce Holendrzy w XVII wieku. W 1684 r. założono pierwszą na Półwyspie Przylądkowym winnicę Groot Constantia. Pochodziły z niej ulubione wina Bismarcka i Napoleona, wytwarzane w dużej mierze dzięki wiedzy i doświadczeniu uciekających przed prześladowaniami francuskich hugenotów.

Smak wina traci moc przy spotkaniu z kolonią afrykańskich pingwinów na



fot.: Jarosław Wanecki

piaszczystej plaży nieopodal Simon's Town. Chodzące parami, wylegające się po całodziennym żerowaniu na skałach, wypychane przez fale, kopiące dołki na jaja składane zawsze w tym samym miejscu gniazdowania, monogamiczne i wierne sobie przez całe życie. Nic dziwnego, że w sklepiku parku krajoznawczego największe wzięcie mają drobiazgi z podobizną nielotnych ptaków we frakach. Od magnesów do skarpetek góruje pingwinów czar.

Drugą atrakcją fauny w drodze do Punktu Przylądkowego są stada fok pozujących do zdjęć na granitowych wysepkach. Przyjemny rejs statkiem przypomina o cieplejszym

ubraniu, a niewielki port zaprasza do pierwszego przeglądu afrykańskich bibelotów z drewna, kamienia, drutu i koralików.

Na plażę, z przygotowanym do masowych zdjęć pamiątkowych napisem „Przyłodek Dobrej Nadziei”, zjeżdżają wszystkie autokary. Huk spienionych fal i skaliste wzgórze wokół. Miejsce nazwane przez Vasco da Gamę Przyłodekiem Burz, zdradliwe dla najlepszych nawigatorów, przemianowane zostało przez portugalskiego króla, z nadzieją na odkrycie drogi do Indii. Kilka kilometrów dalej i znacznie wyżej znajduje się Punkt Przylądkowy, z którego odjeżdża kolejka linowa do nieczynnej latarni morskiej, i tam

to już wieje na całego. Uwaga więc na wszystko, co może bezpowrotnie odfrunąć w wąski przesmyk między dwoma prądami: Benguelskim i Agulhas.

WIELKA PIĄTKA

Kiedy w Afryce zaczyna padać deszcz, najpierw przelotny, potem ulewny i całonocny, w głowie turysty rodzą się niepokoje, jak będzie wyglądać jego podróż przez Park Narodowy Krugera. Wymarzone reporterskie polowanie na „wielką piątkę” wydaje się wówczas oddalać. Nic jednak bardziej mylnego, gdyż zakurzona i zdrewniała flora nabiera kolorów, roślinożercy chętnie zjadają zielone pędy, a drapieżniki wybierają się na krwawe safari, by móc wykarmić swoje nowo narodzone potomstwo.

Najtrudniej sfotografować lamparta, co nie znaczy, że nie można go zobaczyć przez lornetkę. Najłatwiej napotkać bawoły, ale nie są one skore do podchodzenia do samochodu. Obserwacja lwów podnosi ciśnienie z radości i jakiegoś pierwotnego lęku. Spojrzeć lwicy w oczy można naprawdę z bliska. Słonie afrykańskie zaskakują



fot.: Jarosław Wanecki



fot.: Jarosław Wanecki

▲ Wyprawa na lwy

◀ Macierzyństwo hieny

▼ Hipopotamy w Parku Chobe



swoją potęgą, dzikością i opiekuńczością nad młodymi. Nieufne, nastroszone, cały czas w ruchu. Czarne nosorożce żerują w oddali i nie widzą świata poza sobą.

Liczenie do pięciu udaje się oczywiście nielicznym, ale rekompensują to inne zwierzęta: tańczące żyrafy, karmiące hieny, antylopy przeróżnej maści, bałaganiarskie małpy, wyczekujące sępy i biegnące w nieznaną zebry. Na szczęście nie towarzyszyły im komary.

Zupełnie inny charakter ma Park Chobe w Botswanie. Wysuszona do cna ziemia, zakurzone drogi, niepoliczalne stada słońi, wylegające się na brzegu rzeki hipopotamy i krokodyle. Z kolei w Zimbabwie warto popłynąć na wieczorny rejs po Zambezi i zobaczyć, jak zachodzi słońce na drugiej półkuli, odwrotnie niż się do tego przyzwyczailiśmy. Żegnając Afrykę, miło jest poczuć na twarzy krople wody, w bujnej roślinności lasu deszczowego, idąc na spacer wzdłuż Wodospadów Wiktorii. Odkryte przez szkockiego lekarza Davida Livingstone'a 170 lat temu mają 108 metrów wysokości spadku „mgły, która grzmi”, a ich szerokość wynosi ponad półtora kilometra.



foto.: Shutterstock.com

▲ Wodospady Wiktorii
na rzece Zambezi

DIAMENT W KORONIE

Program wycieczki nie obejmował wizyty w kopalni diamentów. Przypominałem sobie jednak opowieść osiemdziesięcioletniej cioci z każdej wyprawy przywozi ciekawostkę dla słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Podczas jednej z rozmów o Afryce ciotka wyjęła z szuflady strączek chleba świętojańskiego, w którym wyczuwalne są małe, jednakowo ciężkie ziarenka, z których każde waży 0,2 grama, co odpowiada 1 karatowi diamentu lub złota. W 1905 r. na terenie dzisiejszej RPA znaleziono największy diament na świecie. Cullinan miał 3106 karatów. Wykonano z niego 105 brylantów, w tym tzw. Gwiazdę Afryki. Wszystkie elementy Cullinana są własnością brytyjskiej rodziny królewskiej.

PODRÓŻOHOLIZM

W mojej pierwszej afrykańskiej wyprawie nie miałem szczęścia do pilota wycieczki. W praktyce zdarzyło mi się to po raz drugi w ciągu trzech dekad podróżowania po świecie. A od przewodnika tak wiele zależy. Nawet deszcz czy wiatr pod dobrym przywództwem są bardziej znośne. Gdy jednak pilot zaczyna bawić się w turystę, za bardzo się brata, robi sobie nieustannie selfie i zapomina

o swoich podstawowych obowiązkach, z pewnością przyjdą problemy oraz narastający bunt uczestników nietaniego wszak urlopu. A przecież grono citybreakerów, którzy nagle pragną popatrzeć lwom w oczy, rośnie z każdym rokiem. Należą do nich gromadnie lekarze, choć w moim terminie polecałem wyjątkowo bez koleżanek i kolegów po fachu. Dlatego pozwolę sobie na małą medyczną refleksję.

Z coraz większym zaciekawieniem obserwuję rozwój ścigania się ludzi przez świat. Odhaczanie kolejnych miejsc na mapach aplikacji cyfrowych, rozpoczynanie rozmowy od przepytowania: gdzie kto był, giełda opinii i niestety niewiele ponad to. Mało historycznego kontekstu. Słabe przygotowanie geopolityczne. Wygodnictwo ponad standard. Smakowanie lokalnych potraw ze wstrętem. Wybiórcze słuchanie przestróg, prognoz pogody i komunikatów. Podróż na szpilkach i w japonkach. Wiele razy w roku i w bardzo odległe regiony. Co raz częściej także wybierają się w drogę osoby chore, zaburzone, samotne lub wypchnięte z domu w świat i wymagające ciągłej troski pozostałych wycieczkowiczów.

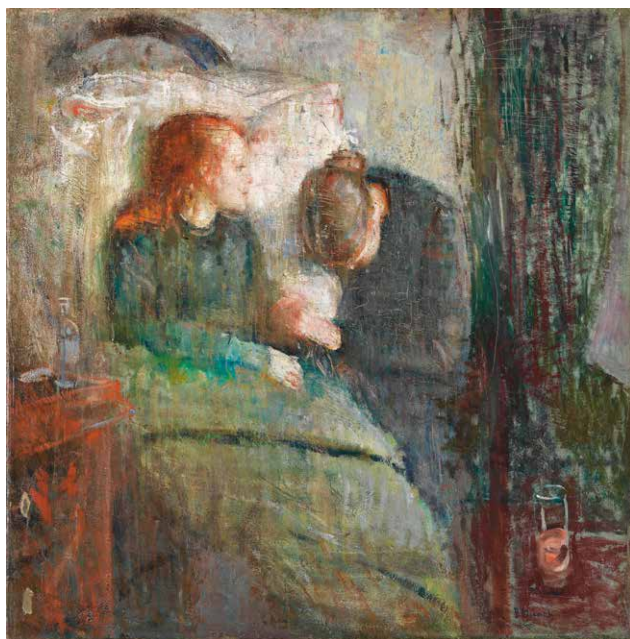
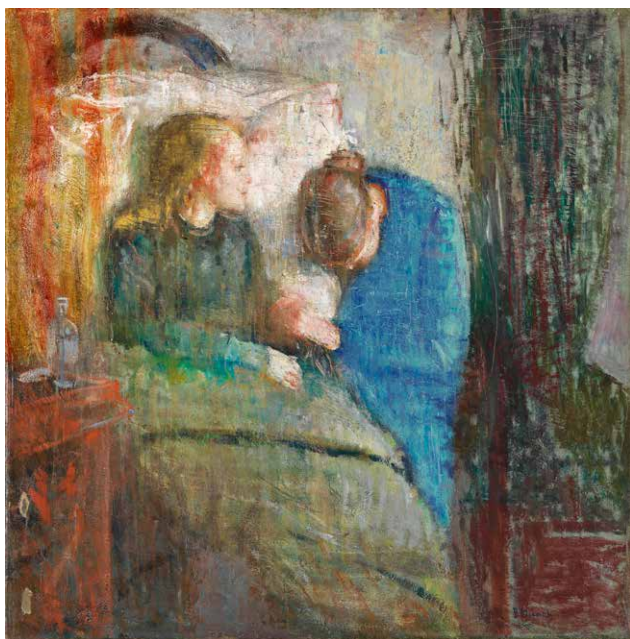


foto.: Jarosław Wanecki

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Z serii

Oslo rok 1877, ciężka norweska zima. Czternastoletni Edward traci rok starszą ukochaną siostrę Johanne Sophie. Dziewczynka umiera na gruźlicę. Osiem lat później jej brat przekłada to doświadczenie na płótno. I zaczyna jedną z bardziej przejmujących serii malarskich przełomu XIX i XX wieku.



Obraz: Edward Munch, „Chore dziecko”, 1885-1886, Tate Modern, Londyn

Seria „Chore dziecko” to dla Muncha trochę jak obsesja, ciągle powracanie do traumy, która położyła się cieniem na jego życiu. Serię będzie tworzył przez ponad czterdzieści lat. W jej skład weszło sześć płócien i liczne grafiki. W obrazach powraca zawsze do oryginalnej kompozycji z pierwszego płótna.

Johanne Sophie podparta poduszką siedzi na łóżku, patrząc w stronę siedzącej obok niej kobiety, najprawdopodobniej jej cioci Karen. Trzymają się za ręce, jakby pogrążone w ostatniej rozmowie. Starsza kobieta spuściła głowę tak, że nie widać jej twarzy. Jej skurczona postawa i opuszczone ramiona dobitnie wyrażają rozpacz i skoncentrowany ból, któremu nie da się zaradzić. Wydaje się, że umierająca dziewczynka przeszła już tę granicę cierpienia i gdzieś z przestrzeni między „jeszcze tutaj, ale już tam” patrzy na swoją

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



krewną, jakby starając się jej przynieść ukojenie. To bardzo intymna, cicha scena autora „Krzyku”.

Pierwszy obraz z serii nie przyniósł Munchowi pochlebnych recenzji. Krytykowano go za zbyt ekspresyjne prowadzenie pędzla, za pewną nonszalancję w oddawaniu

anatomicznych szczegółów. Jeden z krytyków przyznał, że w Munchu siedzi geniusz, ale może jeszcze „zejść na psy”. Edward odpowiedział jednym zdaniem, które ujmuje kwintesencję jego wizji: „Nie maluję tego, co widzę, ale to, co widziałem”.

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2024 - 1/2025

Szczegóły różniące obrazy:

1. Dodanie obroży na szyi chłopca.

Peter miał tendencje do samotnego przechadzania się. Po tym jak raz zgubił się podczas jednej z tych eskapad, jego ówczesny opiekun zdecydował, że obroża z wygrawerowanym imieniem chłopca i informacją, gdzie należy go odprowadzić, zapewni Peterowi bezpieczeństwo.

2. Znaczne zmniejszenie ust chłopca.

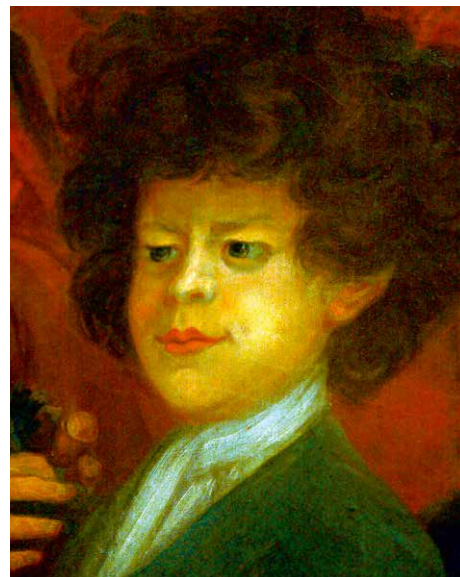
Pełne usta z wydatnym łukiem Kupidyna są charakterystyczne dla osób cierpiących na syndrom Pitta-Hopkinsa. To właśnie one były jedną z cech, która pozwoliła badaczom postawić hipotetyczną diagnozę.

3. Usunięcie zielonej kurtki.

Peter ponoć nie przepadał za ubraniami i wołał ich brak niż nadmiar.

4. Usunięcie żołądździ i liści dębu z ręki chłopca.

Żołądździe były jednym z przysmaków Petera, na oryginalnym obrazie trzyma je w ręku niczym nieodłączny atrybut.



Obraz: William Kent, „Peter, dzięki chłopiec”, fragment obrazu, pałac Kensington, około 1720 r.

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 lutego 2025 r.

W temacie maila należy wpisać GLO2 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

NAGRODZENI „GL” 12/2024

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Katarzyna Zurek (Osiek)

Nagrody dodatkowe: Szymon Szypulski (Warszawa), Marta Zielińska (Krasnystaw), Łukasz Macugowski (Kraków)

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

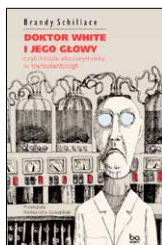
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

 WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 3 zabiegów (dla 2 osób) w hotelowej Ambasadzie Zdrowia i Urody SPA
- aromatyczny masaż relaksacyjny częściowy, zabieg nawadniający express na twarz, aquamassage
- możliwość korzystania bez ograniczeń z basenu, jacuzzi, 3 rodzajów saun, siłowni

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



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

EPIKRYZA (144)

Hydraulik

Lubię słuchać opowieści magicznych i pikantnych żartów o chirurgach. Ale pozbawiony jestem umiejętności powtórzeń, które wywoływałyby salwy śmiechu podobne do prowokowanych przez kolegów z kabaretowymi niemal predyspozycjami. Z powodzeniem natomiast próbuję takie quasi-spektakle anegdotalnie moderować, z ciekawością obserwując reakcję widowni siedzącej przy stole.

Wiadomo, że nie zawsze można wszystko powiedzieć wprost. Prawdę, która w oczy kole, nie raz i nie dwa trzeba zaszyć w podtekst bajki. Doskonale nadawały się do takich przytyków obiady czwartkowe, wydawane przez króla Stanisława Augusta Poniatowskiego. I choć w poetyckiej frazie głoszonej przez Ignacego Krasickiego „prawdziwa cnota krytyk się nie boi”, lepiej z ostrożnością procesowej ośmieszać sprawę niż sprawców.

W 2010 r. organizowałem zlot Światowej Unii Pisarzy Lekarzy. Z wydawnictwa pokongresowego przywołałem przypowieść Haralda RaCHFussa o srebrnym widelcu, którą warto zapamiętać, rozglądając się wokół.

„Młody jezuita został zaproszony na obiad do biskupa, gdzie spotkał piękną gospodynię w purpurze. Biskup spostrzegł ironiczny grymas gościa, mówiąc: »Kochany bracie, widzę twoje spojrzenie i przypuszczam, co myślisz, ale chciałbym cię zapewnić, że nasze stosunki są wyłącznie służbowe«. Tydzień później gospodyni poskarżyła się biskupowi: »Ekscelencjo, jest mi niezmiernie przykro o tym mówić, ale od czasu obiadu, na którym gościł ten młody, utalentowany duchowny, brakuje w zastawie srebrnego widelca«. Biskup nie potrafił wyobrazić sobie sytuacji, w której duchowny mógłby ukraść cokolwiek, ale mimo wszystko napisał krótki list: »Drogi bracie, nie sądzę, że ukradłeś srebrny widelec, nie sądzę również, że go nie ukradłeś. Należy jednak uznać fakt, że od czasu twojej wizyty nie mamy widelca«. Parę dni później nadeszła odpowiedź: »Wielebny biskupie, nie sądzę, że spałeś ze swoją gospodynią, nie sądzę również, że z nią nie spałeś, ale należy przypuszczać, że znalazłbyś widelec, gdybyś spał we własnym łóżku«.

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



Najbardziej lubię baśniowe wątki o cwaniakach i metodach ich działania. W moim rankingu wiodą prym dwie pouczające powiastki, powtarzane w samorządowym gronie od kilku dekad. Jedna jest o hydrauliku. Druga o piłkarskich „aborigenach”. Pierwsza wywodzi się ze świata korporacji, a wtóra z polskiej ligi futbolowej sprzed lat. Obie nie tylko są bardzo podobne do siebie, ale pasują do wielu fleszy, które przychodzą mi do głowy, ułatwiając zrozumienie zdarzeń niewytłumaczalnych. Widelec zamieśmy więc na układ dwóch stron.

Do nowego prezesa małej spółki puka w pierwszych dniach urzędowania hydraulik, proponując podpisanie umowy serwisowej. W lokalu jest tylko łazienka z sedesem i umywalką, a ich awaryjność nie jest częsta. SzeF nie rozumie, dlaczego miałby zatrudnić kogoś na stałe. Zdenerwowany fachowiec tłumaczy bez ogródek: „Pański poprzednik był bardziej lotny. Firma daje mi przelew na 500 zł miesięcznie, a ja oddaję do pana rąk własnych połowę tej sumy. Wszyscy będziemy zadowoleni i absolutnie nie wyciekniesz”.

Afery wokół piłki nożnej obiegają cały świat. Wystarczy sięgnąć po najnowszy thriller śledczy „Czerwona kartka” napisany przez Kena

Bensingera. W jednym z licznych komentarzy Michał Kołodziejczyk napisał: „Pieniądze, przekrety, najgorsze żądze – a wszystko to w imię piękna futbolu. Wstrząsająca książka”.

Czas zatem dodać do felietonu trzeci widelec, przytaczając powiastkę, która w prosty sposób sugeruje mechanizmy nielegalnego kupowania meczów. Dawno, dawno temu w czasie okienka transferowego działacze mieli za zadanie przywieść nowych zawodników, niekoniecznie umiejących dobrze grać. Negocjacje kończyły się układem, w którym nabywca zawsze płacił więcej, niż żądał sprzedający, ale w zamian dostawał walizkę gotówki, chowaną skrytce do specjalnego sejfu. W niej lądowały także haracze ściągane od zagranicznych piłkarzy, którzy przeszacowani mi pensjami dzielili się pod stołem z klubem. W ten sposób rósł stos walizek, którym można było opłacić arbitrow. Wszyscy, oprócz kibiców, którzy patrzyli na stadionowe cuda, byli zadowoleni, a szef był bogiem.

Standardowa zastawa liczy 24 komplety sztućców. A nuż, widelec znacie hydraulika, piłkarza czy lekarza, o którym warto napisać jakieś zdanie ku przestrodze biesiadników? Chętnie posłucham opowieści z życia wziętych.

PO GODZINACH – PROZA

Kilka słów o tym, że zawsze warto się starać

(wybrany fragment)

JACEK WRÓBLEWSKI

fot.: materiały prasowe



Laureat XIII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. III miejsce w kategorii proza.

Urodził się w 1968 r. na północy Wielkopolski, w Pile. W 1993 r. ukończył Wojskową Akademię Medyczną w Łodzi. W latach dziewięćdziesiątych wyspecjalizował się w chorobach zakaźnych. Po okresie służby wojskowej przez trzy lata pracował w podstawowej opiece zdrowotnej. Od 2003 r. pracuje na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie. Jego zainteresowania to muzyka współczesna, książki, ogród i podróże.

Niedawno obejrzałem „Ostatniego Mohikanina” w najnowszej znanej mi adaptacji filmowej z 1992 roku. Choć przygody Sokolego Oka większości z nas są znane od szkoły podstawowej, a postać wyidealizowana, to powrót do wspomnień był miły. Powieść Jamesa Coopera była tak popularna, że filmowych adaptacji stworzono ponad dziesięć, poczynając od filmów niemych, poprzez serial telewizyjny (niemiecko-rumuńsko-francuski „Uncas, der letzte Mohikaner”), wersje animowane, na kinowych klasykach kończąc. Pośród otaczającej zawieruchy traper Sokole Oko z Unkasem dali radę wskrziesić nadzieję i wystarać się o lepsze jutro, choć Mohikanie i tak wyginęli.

Sledząc liczbę lekarzy zdających egzamin specjalizacyjny w dziedzinie chorób zakaźnych, nie mogę odgonić od siebie czarnych analogii z Mohikanami. Od 2021 roku, kiedy jesienią wzbogaciliśmy się o dziewięciu (sic!) specjalistów na cały kraj, przestałem prowadzić tę statystykę. Trudna sytuacja wynikająca ze znikomego napływu wyspecjalizowanej kadry lekarskiej była systematycznie pogarszana przez odejścia lekarzy do lepiej płatnych specjalizacji i „peozetów”. Kiedy na początku 2015 roku z sześciu lekarzy pozostało nas troje, nadszedł koszmarny sezon letnich urlopów. Po powrocie stachanowca do domu w sierpniu 2015 roku (łącznie cztery-sta siedemdziesiąt godzin w szpitalu), któregoś wieczora, gdy żona weszła do sypialni w kusej pidżamce, miał miejsce ten dialog:

– Misiu, poprosisz ginekologów, żeby mnie ktoś zbadał?

– Coś się stało, Kasiu? Byłaś przecież niedawno.

– Musi mnie ktoś zbadać, czy nie zostałam na nowo dziewicą.

„O Boże, jeszcze to” – już tylko pomyślałem.

O co tu chodzi i gdzie ja jestem? Gdzie jest granica pomiędzy normalnością, poniżeniem za dychę z godziny a rzeczywistością równoległą à la Franz Kafka? Dlaczego decydenci tak bezczelnie wykorzystują czasami poczucie przyzwoitości u innych? Po co się aż tak starać?

Gdy wchodzę do galerii handlowej w Koszalinie, słychać aksamitny ton trąbki Krzycha. Gra do muzycznego podkładu jazzowe kawałki przy kawiarni, mimo że jest już po trzecim udarze. Od lipca zeszłego roku łatwo nie jest, chodzi wolniej. Na wiele pomysłów nie starcza sił, ale z trąbki nie zrezygnuje, póki może ją trzymać. Roy Orbison po powrocie na szczyt sławy, a dwa dni po koncercie w Cleveland miał zawal serca i zmarł. Gwiazda zabłysła na nowo, lecz nie zgasła. Przecież każdy może zanucić jego przeboje od ręki, bez przypominania sobie, jak to szło.

(...)

Dodatkowo w październiku 2022 roku, pół roku później, po raz pierwszy od Wielkiego Wybuchu, na nasz oddział zakaźny zgłosiły się jednocześnie dwie chętne do specjalizacji lekarki. Jestem pewien tego, że te dwa wydarzenia są ze sobą powiązane. Nie wiem tylko, jak biedne rezydentki przyjmą wiadomość o moich spostrzeżeniach.

„Jeszcze w zielone gramy,
jeszcze nie umieramy”.

Jeszcze zmrzujesz swe oczy,

Zanim świt nas zaskoczy
– Katarzynko.

I to byłoby na tyle w temacie, że warto się starać.

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



KALEJDOSKOP KULTURALNY

Olsztyńska Gloria

JAROSŁAW WANECKI

OŚRODEK KULTURY I DZIEDZICTWA HISTORYCZNEGO NIL

Od wielu lat polskie chóry lekarskie marzyły o stworzeniu projektu muzycznego, który można byłoby wykonywać w różnych miejscach. I tak się stało w roku 2024. 7 grudnia odbył się w stolicy Warmii i Mazur finałowy koncert zespołów z Gdańska, Szczecina i Olsztyna.

Do kościoła Garnizonowego mimo jesienno-chłodny przyszły wierni tłumy, by wysłuchać ekspresyjnej „Glorii” Antonia Vivaldiego. Za pulpitem dyrygentem stanął tym razem Marcin Wawruk, a solistkami były po raz kolejny śpiewające laryngolożki: Hanna Zajączkiewicz (sopran) i Ewelina Sielska-Badurek (mezzosopran). Dwunastoczęściowe dzieło wykonały z orkiestrą Capella Gedanensis lekarskie chóry: gdański pod opieką Michała Kozorysa, Remedium ze Szczecina prowadzony przez Ryszarda Handkego oraz olsztyńskie Medici pro Musica pracujące z Małgorzatą Wawruk. W pierwszej części każdy z zespołów zaprezentował własny program *a capella*.

Projekt z czerwcowym koncertem trójmiejskim, październikowym na Pomorzu Zachodnim i grudniowym w Olsztynie koordynował w imieniu Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL Marcin Nowiński, który wraz z Jolantą Rabus, Aleksandrą Bakun i Jakubem Kuną byli współpomysłodawcami wydarzenia. Wszystkie spotkania z ogromną życzliwością wsparły finansowo macierzyste izby lekarskie oraz sponsor strategiczny Inter Polska.

MEDICANTUS MA 15 LAT

Z okazji 15. urodzin Chór Medicantus wraz z orkiestrą Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i solistami pod dyrekcją Beaty Herman zaprosili na dwa jubileuszowe koncerty. Pierwszy odbył się w stolicy, a drugi w Radomiu. Obydwa zgromadziły rzesze melomanów, którzy usłyszeli „Glorię” Antonia Vivaldiego, ale w zupełnie innym wykonaniu niż prezentowały to chóry Polski Północnej. W partiach solowych wystąpiły Zuzanna Wrona i Aleksandra Wittchen. Na trąbce barokowej zagrał



◀ 18 grudnia 1989 r., podczas pierwszych obrad Naczelnej Rady Lekarskiej, nastąpił podział terytorialny, który zaakceptował mapę zaproponowaną przez delegatów na I Krajowy Zjazd Lekarzy

przeprowadzeniu lokalnych referendów otwarto drzwi tzw. małych izb, m.in. w Tarnowie, Koszalinie, Bielsku-Białej czy Płocku.

Tomasz Marczak. Gościnnie wystąpił także Chór MediCoro prowadzony w Białymstoku przez Bożennę Sawicką. Warszawską galę poprowadził Jarosław Wanecki.

W kuluarach jubiliaci i goście spotkali się z władzami największej polskiej izby lekarskiej, reprezentowanymi przez wiceprezesów: Dariusza Paluszka i Krzysztofa Hermana oraz Karola Stępniewskiego. W laudacjach, podziękowaniach i słowach zachwytu można było odnaleźć jednoznaczne deklaracje dalszego wspierania kultury lekarskiej. O rosnącej wartości promocji lekarskich pasji może świadczyć także fakt objęcia jubileuszu Medicantusa patronatem marszałka Mazowsza, Adama Struzika.

ŁOŻA WSPOMNIENIA W PŁOCKU I KORALOWE DATY W TARNOWIE

18 grudnia 1989 r., podczas pierwszych obrad Naczelnej Rady Lekarskiej, nastąpił podział terytorialny, który zaakceptował mapę zaproponowaną przez delegatów na I Krajowy Zjazd Lekarzy. Wbrew ustaleniom Komitetu Organizacyjnego po

Z tej okazji równo 35 lat od rewolucyjnej uchwały NRL spotkali się w Sali Kolumnowej przy Kościuszki 8 płocki samorządowcy, by wspominać minione lata, dawne trudności i biedy oraz porozmawiać o wyzwaniach współczesności. „Łoża wspomnień” zakreśliła kilka łez w oczach, zwłaszcza gdy rozmawiano o tych, którzy odeszli.

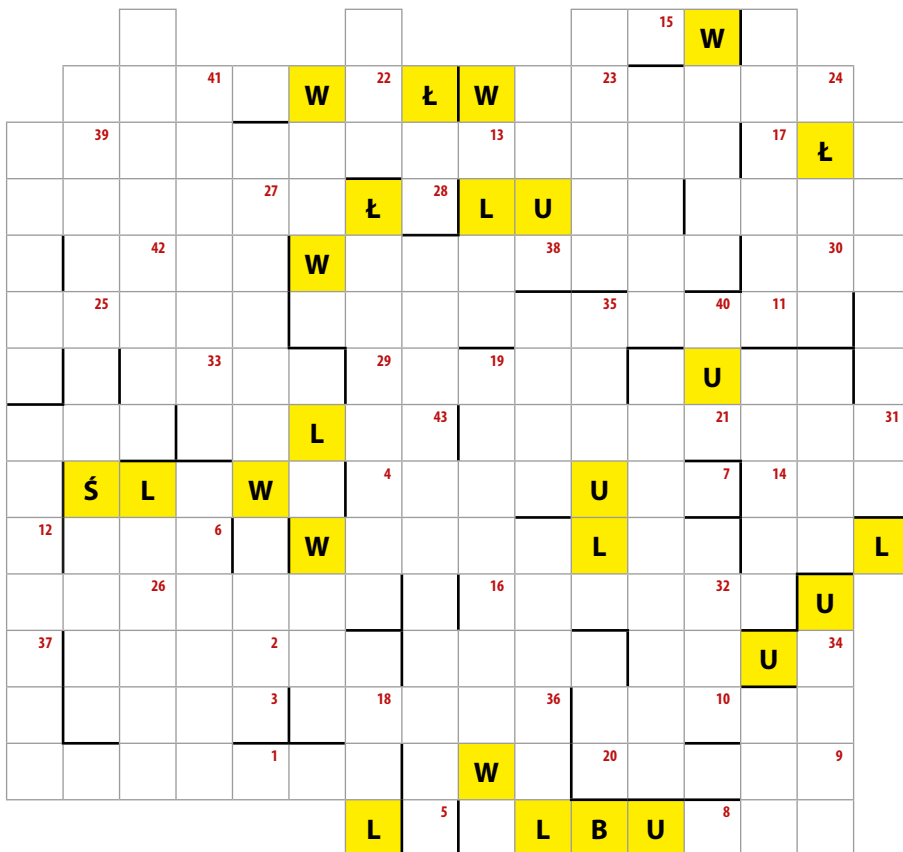
Z kolei prężnie działający tarnowski oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, z którego inicjatywy sprzed trzech i pół dekad powstała lokalna izba, postawił na wykład z historii. Kilkudziesięciu uczestników mogło dzięki temu poznać dzieje samorządu lekarskiego w Polsce, opracowanego na kanwie „Koralowej gry”, przygotowanej specjalnie dla delegatów na Nadzwyczajny XVI Krajowy Zjazd Lekarzy w Łodzi. Kompendium wiedzy o własnej organizacji zawodowej wielu słuchaczy pozytywnie zaskoczyło. Okazuje się, że tak mało wiemy o sobie, więc obok wielkich koncertów i bankietów warto postawić też na bardziej kameralne „pogaduchy” o dawnych czasach. ●

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 301



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjalści, wiedza i zaangażowanie.



Objaśnienia 72 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, L, Ł, Ś, U i W.

Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to myśl Konfucjusza.

Hasło należy przysłać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 17 lutego 2025 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* badanie odbytnicy * kolega Wacka * święty ptak Indii * profit * w trójcy z cebulą i imbirem * kuchenny z pochłaniaczem * wywóz ścieków * orbitae * koniec walki judo * miasto na pn.-wsch. od Malmö * imperator * skóra na twarzy * uzdrowisko w ujściu Słupi * imię gangstera Olsena * alopecia * udar zatorowy nieznanego pochodzenia * wypływa w Łodzi * trująca psia pietruszka * gżegzółka * kobieta z Persji * żona Jazona * robaczkowy * jej nie wypada * gród nad Niesobem * imię Rosberga, mistrza F1 w 1982 r. * szczury piżmowe * zdrobniałe imię autorki „Sprawy Dantona” * dobrem zwyciężaj * odbył (łac.) * niebezpieczna zabawa z ogniem * płynie w Segedynie * jego liść ornamentem * decorticatio * czarna, jadowity pająk * odległość optyczna obiektywu * zaraza * papież nowego kalendarza (1582 r.) * język głuchoniemych * psia samica * niemiecki obóz koncentracyjny * aktor mowy ciała * chatka * trismus * prawosławny obraz * Stanisław, wokalista jazzowy * węgiereka lub renkloda

* imię Mobutu * płynie w Turynie * biały ślubny * chirurgiczne cążki * smutek, skrucha * masturbacja * odezwa, wezwanie * nadruk * beksa, plaksa * krótsza od alby * C₂H₅OH * przeciąg, ciąg * pieśń w operze * pień świętego drzewa * miejsce bitwy pod Badajoz (1811 r.) * Jezus Nazareński Król Żydowski * dusza powieszona * cyanosis * dodatkowa podziałka pomiarowa * partner Mazura * święty z Bretanii * krzew żarnowiec * skórzany ubiór wojskowy * syryjscy szyci * poeta Edgar Allan * lacrimae

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej 299

Prawda cię wyzwoli, ale najpierw nieźle wkurzy

Nagrody otrzymują:

Janusz Wyjatek (Nowy Tomyśl), Marcelina Miernik-Jasiurkowska (Tarnowski Góry), Aleksandra Zawadzka (Dobromierz), Paweł Król (Legnica), Aleksandra Leśniak (Piaseczno)

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody przesyłamy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 75/ Regulamin konkursu dostępny na www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA

NIL Naczelna
Izba Lekarska

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 42 060 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Klaudiusz Komor, Maria Klośńska,
Ryszard Golański, Dariusz Samborski,
Mikołaj Sinica, Anna Wojda,
Mariusz Tomczak

Redakcja

ul. Jana III Sobieskiego 110,
00-764 Warszawa
tel.: (22) 558 80 40

Dyżur telefoniczny w każdy wtorek
w godz. 10.00 - 14.00.

Poza tym terminem prosimy
kontaktować się mailowo:
redakcja@gazetalekarska.pl

Piotr Kościelniak

(redaktor naczelny)
piotr.koscielniak@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
lidia.sulikowska@nil.org.pl

Mariusz Tomczak

(redaktor portalu internetowego)
mariusz.tomczak@nil.org.pl
www.gazetalekarska.pl

Reklama i ogłoszenia

Agata Bryk
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Stale z nami współpracują

Jerzy Badowski, Adam Czerwiński,
Lucyna Krysiak, Zbigniew Kuzyszyn,
Jacek Miarka, Agata Morka,
Małgorzata Solecka, Jarosław
Wanecki, Grzegorz Wrona

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

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



