



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

03 | 2023



BEZ
PIECZEŃ
STWO
LECZENIA

NO FAULT



10

Osiem lat rządów PiS



30

Amputacja kończyny bez zgody niemożliwa

34

Pułapki teleporady



FELIETON PREZESA NRL

- 4 Łukasz Jankowski: Rządzącym chętnie podpowiadamy

WAŻNE SPRAWY – NO FAULT

- 6 Klaudiusz Komor: W połowie drogi
7 Bezpieczeństwo leczenia ponad politykę

TEMAT NUMERU

- 10 Bilans zysków i strat – Co PiS zmienił w ochronie zdrowia

AKTUALNOŚCI

- 16 Pomysł rządu na braki kadrowe: więcej miejsc na studiach
20 Onkologa wreszcie w sieci
24 Patomorfologia udźwignie się
26 Tajemnica nadmiarowych zgonów
28 Lekarz to nie urzędnik

PRAWO I MEDYCyna

- 30 Amputacja kończyny bez wyraźnej zgody niemożliwa
32 Emocje pod kontrolą. Nawet po pracy
33 Kary za przewinienia: nagana
34 Pułapki teleporady
36 Kalendarz lekarza praktyka
42 Ostatnia szansa na dodatek covidowy

PODATKI I FINanse

- 44 Rozliczasz się ryczałtem? Zapłacisz więcej
46 Z darowizną warto się wstrzymać

PRAKTYKA LEKARSKA

- 48 Paweł Barucha: Widmo kary będzie zniechęcać
48 Stomatolog zaoszczędzi, zostając inspektorem RTG
50 Choroby, które kradną jakość życia
53 Sprzedaż e-recept i e-zwolnień to nie teleporada
54 Bez ruchu i diety nie da się walczyć z otyłością
56 Mariusz Polito: Przegląd lekowy to pomoc, a nie ingerencja
57 Czytelnia – recenzje książek

SAMORZĄD LEKARSKI

- 58 Renata Jeziółkowska: Cokolwiek robię, komunikuję
58 O tym się mówić
60 Chcemy poznać potrzeby i udzielić wsparcia
62 W walce z teoriami celebrytów
64 Nowatorskie rozwiązania w opiece ambulatoryjnej 2023
68 XI Kongres Polonii Medycznej

PO GODZINACH

- 70 Sławomir Badurek: Jedno miejsce, wiele pytań
71 Jarosław Wanecki: Ślub
72 Błąd malarski: W cieniu
74 Przychodzi wena do lekarza: Borderline
75 Sport
76 Zjazdy koleżeńskie
77 Ogłoszenia
82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Karolina Kowalska

redaktorka naczelna

ODWAGI!

Lekarz nie może bać się leczyć. Dlatego projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia, przygotowany przez samorząd lekarski, jest dziś najważniejszym aktem prawnym w ochronie zdrowia. I dlatego poświęcamy mu w tym numerze „Gazety Lekarskiej” tak dużo miejsca. Bo bez spokojnych lekarzy nie ma mowy o zadowolonych i zdrowych pacjentach.

Oddając Państwu do rąk marcowy numer, zachęcam również do refleksji nad ostatnimi latami rządów Zjednoczonej Prawicy w sektorze ochrony zdrowia. Pół roku przed wyborami parlamentarnymi to dobry moment na zastanowienie się nad tym, czy rządowi udało się spełnić obietnice naprawy systemu. To też dobry czas, by ocenić blisko osiem lat rządów. Życzę Państwu odważnych przemyśleń.

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Zniepokojem obserwuję kolejne inicjatywy ustawodawcze dotyczące ochrony zdrowia, które w zamierzeniu ich autorów miałyby poprawić sytuację, a w praktyce niestety wprowadzają tylko dodatkowe zamieszanie i mogą utrudniać nam pracę. Jednym z przykładów takich ustaw byłaby – w brzmieniu zaproponowanym przez Ministerstwo Zdrowia – tzw. ustawa o jakości.

Piszę „byłaby”, gdyż prace legislacyjne nad ustawą zostały tymczasowo zawieszone. Sama ustawa, choć potrzebna, w ocenie samorządu lekarskiego trafiła nieprzygotowana pod obrady Komisji Zdrowia, o czym świadczyło zgłoszenie przez posłów poprawek niemal do każdego artykułu, a mechanizmy zaplanowane w projekcie w dużej części pozostałyby rozwiązaniami wyłącznie w teorii. Ustawa ta nie wprowadzałaby systemu *no fault*, wypaczając sens tego rozwiązania, dodatkowo nakładając na lekarzy obowiązki administracyjne i kolejne sankcje za ich niewypełnienie.

Samorząd lekarski uczestniczył w pracach legislacyjnych nad projektem zarówno poprzez aktywną obecność na posiedzeniach sejmowych komisji, jak też biorąc udział w spotkaniach z przedstawicielami wszystkich opcji politycznych, których przekonywaliśmy do naszej wizji ustawy o jakości i systemu *no fault* według europejskich standardów. Przedstawiliśmy krytyczne, merytoryczne stanowisko dotyczące ustawy i zaapelowaliśmy do posłów o jej odrzucenie w całości. Przewidując dalszy ciąg wydarzeń, opracowaliśmy i przekazaliśmy posłom wszystkich klubów szereg samorządowych poprawek do ustawy, które choć w części mogłyby odwrócić szkodliwe skutki niektórych jej zapisów. Zabiegaliśmy o wspólny głos całego środowiska medycznego – swoje stanowisko krytyczne wobec ustawy zajęło podczas



Łukasz Jankowski
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

RZĄDZĄCYM CHĘTNIE PODPOWIADAMY

obrad w Naczelnej Izbie Lekarskiej Porozumienie Organizacji Lekarskich zrzeszające m.in. NIL, Porozumienie Zielonogórskie, OZZL i Porozumienie Rezydentów.

Temat ustawy o jakości i systemu *no fault* omówiliśmy również podczas spotkań z organizacjami pacjentów i przedstawicielami innych samorządów

zawodowych w ochronie zdrowia. O naszym stanowisku informowaliśmy opinię publiczną i media podczas konferencji prasowych w siedzibie NIL. Nasza praca przyniosła efekt w postaci zawieszenia prac nad projektem rządowym. Nie oczekujemy jednak biernie na dalszy rozwój wypadków. Przygotowaliśmy i przedstawiliśmy nasz samorządowy projekt ustawy, który wprowadza prawdziwy system

no fault, a w którego tworzeniu uczestniczyli eksperci różnych dziedzin, w tym niekwestionowane autorytety prawa. Rozpoczęliśmy szerokie konsultacje naszego projektu, przesyłając go m.in. do Kancelarii Prezydenta RP, posłów, senatorów,

organizacji pracodawców w ochronie zdrowia, organizacji pacjentów. Rozpoczęliśmy przygotowania do kampanii społecznej mającej przekonać opinię publiczną, że wprowadzenie *no fault* jest również, a może przede wszystkim, w interesie pacjenta. O dalszych losach naszej ustawy będziemy Państwa informowali. Już teraz zachęcam do zapoznania się z jej tekstem dostępnym na naszej stronie nil.org.pl.

Kolejnym obszarem, w którym musimy działać aktywnie, jest refundacja. Szerokim echem w naszym środowisku odbiły się przypadki nakładania na lekarzy wielotysięcznych kar finansowych związanych z nienależną refundacją preparatu mlekozastępczego. W siedzibie NIL odbyło się w tej sprawie spotkanie z pokrzywdzonymi lekarzami i z NFZ. Zabiegamy również o powołanie zespołu ekspertów, który indywidualnie oceniłby każdy przypadek i pozwolił lekarzom, którzy działali w interesie pacjenta, na uniknięcie kar.

Stanowisko samorządu jest co do zasady niezmiennie – lekarz nie powinien w ogóle wykonywać czynności administracyjnych dotyczących refundacji, zadaniem lekarza jest leczyć. Zmian wymaga cała ustawa refundacyjna. Mamy prawo oczekiwać od rządzących wprowadzenia systemu, który określi refundację w sposób automatyczny, bez udziału lekarza. Na spotkaniach z Ministerstwem Zdrowia, Centrum e-zdrowia a także innymi interesariuszami systemu przedstawialiśmy nasze stanowisko, proponując udział przedstawicieli samorządu w pracach nad zmianami legislacyjnymi, a także nad wypracowaniem rozwiązań systemowych. Poinformowałem również Najwyższą Izbę Kontroli, że w mojej ocenie przez opieszałość we wprowadzaniu elektronicznego systemu refundacji Skarb Państwa traci miliony złotych. Wyobrażamy sobie, że po uproszczeniu zasad refundacji lekarz stawiałby tylko rozpoznanie choroby (przewlekłe lub czasowe), a system komputerowy, korzystając z danych jak wiek, płeć, kod choroby, sam oznaczałby poziom refundacji. Otrzymałem zapewnienie, że w Ministerstwie Zdrowia powstanie w najbliższych dniach zespół, którego zadaniem będzie właśnie uproszczenie i zautomatyzowanie procesu refundacji. Zobaczymy, czy tak się stanie.

„
**Nie czekamy
biernie,
przygotowaliśmy
własny projekt
z pomocą
ekspertów, w tym
niekwestionowanych
autorytetów
prawa**

GAZETA LEKARSKA

zmienia się dla Czytelników!

Spełniamy oczekiwania

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

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

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

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

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



JEDNYM GŁOSEM

Nikomu chyba nie trzeba w obecnej sytuacji tłumaczyć, że idea *no fault* jest jednym z najważniejszych postulatów samorządu lekarskiego. Już na ostatnim krajowym zjeździe lekarzy prezes Łukasz Jankowski w swoim programie działania na najbliższą kadencję umieścił ten punkt na czele stawianych sobie celów.

O ile jednak każdy lekarz w pewnym sensie dobrze czuje, o co w *no fault* chodzi, to już wytłumaczenie tej idei ludziom niezwiązanym z medycyną jest wyjątkowo trudne. Nie pomaga w tym powszechnie powtarzana przez niektórych polityków nieprawdziwa teza, że mowa tu o „bezkarności lekarzy”. Przed tym trudnym zadaniem stanął powołany latem 2022 r. przez prezesa Jankowskiego zespół pod przewodnictwem Piotra Pawliszaka, prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, który zajął się intensywnymi pracami nad przygotowaniem samorządowego projektu ustawy zawierającej w sobie założenia *no fault*.

Kiedy jednak po kilku miesiącach prace nad projektem były już na ukończeniu, kiedy już wypracowano i skonsultowano z prawnikami i legislatorami wszystkie kluczowe zapisy, nagle pod obrady Sejmu trafił rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, który całkowicie wypaczał ideę *no fault*, skupiając się na szukaniu winnych i ich karaniu

zamiast na dążeniu do poprawy jakości leczenia. Zamiast prawdziwych rozwiązań skutkujących poprawą bezpieczeństwa pacjenta i lekarza zaproponowano jedynie



Klaudiusz Komor
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

W POŁOWIE DROGI

zależne od dobrej woli sądu nadzwyczajne złagodzenie kary, w dodatku tylko dla osoby, która pierwsza zgłosiła zdarzenie niepożądane do rejestru.

Naszym priorytetem stało się zatem niedopuszczenie do uchwalenia ustawy w proponowanym przez rząd kształcie. Jednak, jak dobrze wiemy, przy obecnym tempie procedowania prawa w Polsce nie było to zadanie łatwe. Mogłoby się nawet wydawać niewykonalne, tym bardziej że

”

Za niezawiniony i nieumyślny błąd lekarzom nie może grozić więzienie jak pospolicim przestępcom

projekt ustawy jako zawierający tzw. kamienie milowe wymagane do uzyskania środków unijnych dla programu KPO był traktowany priorytetowo i forsowany przez stronę rządową.

Pierwszym i znaczącym sukcesem samorządu lekarskiego, wspieranego przez inne organizacje krytyczne wobec pomysłów rządu, było przekazanie projektu do przepracowania w specjalnie po-

wołanej sejmowej podkomisji. Sukces ten zawdzięczamy liczny spotkaniom prezesa Łukasza Jankowskiego i członków Prezydium NRL z posłami wszystkich

opcji politycznych. Każdemu – począwszy od posłów opcji rządzącej, poprzez poszczególne partie opozycyjne, na posłach Konfederacji skończywszy – tłumaczyliśmy, że prawdziwa zasada *no fault* opiera się na zupełnie innych założeniach. Przekazaliśmy im także poprawki przygotowane przez dział prawny NIL. Gdy-

by je wprowadzono, akt prawny byłby przynajmniej częściowo zgodny z oczekiwaniami lekarzy i pacjentów. Dzięki przekazaniu projektu do prac w podkomisji zyskaliśmy dodatkowy czas i możliwości przekonania do naszych racji większej liczby posłów. Strategia okazała się

wyjątkowo skuteczna, zwłaszcza w aktualnej sytuacji politycznej. Wbrew oczekiwaniom sceptyków faktem stał się kolejny sukces – niezawierające naszych poprawek sprawozdanie podkomisji zostało odrzucone przez sejmową Komisję Zdrowia, a rządowy projekt ustawy o jakości zawierający bardzo niekorzystne, a nawet niebezpieczne dla lekarzy rozwiązania utknął w szufladach sejmowych. W tej sytuacji pojawiła się przestrzeń dla gotowego już i przyjętego na ostatnim posiedzeniu NRL samorządowego projektu ustawy o systemie rejestracji zdarzeń niepożądanych i systemie kompensacji zdarzeń medycznych, który zawiera propozycje rozwiązań zgodnych z prawdziwym duchem *no fault*.

Najważniejsze jest teraz, żebyśmy wszyscy mówili jednym głosem i wspólnie wspierali nasz projekt ustawy. Materia jest poważna i trudna, w związku z czym wymaga skoordynowanych wysiłków całego samorządu, przede wszystkim w zakresie tłumaczenia społeczeństwu, że *no fault* to nie bezkarność lekarzy, a ratowanie życia to nie przestępstwo. I że za niezawiniony i nieumyślny błąd lekarzom nie może grozić więzienie jak pospolicim przestępcom. Droga do ostatecznego sukcesu, którym będzie wejście w życie zasady *no fault*, jest jeszcze daleka...

NO FAULT

Bezpieczeństwo leczenia ponad polityką

Podczas gdy rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta nieoczekiwanie ugrzązł w Sejmie, samorząd lekarski przedstawia i kieruje do szerokich konsultacji społecznych własny projekt. I podkreśla, że potrzebują go nie tylko pacjenci, ale także lekarze.

Małgorzata Solecka dziennikarka

Projekt ustawy o jakości to „flagowiec” nie tylko Ministerstwa Zdrowia, ale może przede wszystkim samego ministra Adama Niedzielskiego, który wielokrotnie w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy powtarzał, jak wielkie znaczenie będzie mieć dla systemu i pacjentów uchwalenie przygotowanych przez resort zdrowia przepisów. Fakt, że w międzyczasie przepisy te – już na wstępie oprotestowane przez samorząd lekarzy i lekarzy dentyków jako sprzeczne z ideą *no fault* – ewoluowały pod przemożnym wpływem ministra sprawiedliwości w kierunku „ustawy o donosicielstwie”, nie zmieniał dobrego mniemania ministra o wykonanym przez siebie samym zadaniu.

WYWRACANIE SENSU

Z takim nastawieniem w styczniu Adam Niedzielski stanął na trybunie sejmowej, by podczas pierwszego czytania przedstawić posłom kolejny projekt do uchwalenia. Z podobnym nastawieniem spieszył się z konferencji na Zamku Królewskim 24 stycznia na sejmową Komisję Zdrowia rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielewicz. Był pewien, że Komisja przygotuje projekt do drugiego czytania.

Tymczasem posiedzenie trwało dziesięć minut i zakończyło się powołaniem podkomisji. To był pierwszy sygnał, że prace nad ustawą nie będą przebiegać bezproblemowo, przynajmniej z punktu widzenia ministra zdrowia. Komisja Zdrowia niezwykle

rzadko w ostatnich dwóch kadencjach decydowała się na powoływanie podkomisji do przepracowania projektów rządowych. Tym razem tak się stało. Jeszcze bardziej znamienne było jednak to, że w skład podkomisji nie wszedł, mimo wagi projektu i spodziewanych starć z opozycją, żaden z kluczowych dla tematów zdrowia posłów Prawa i Sprawiedliwości (PiS): ani przewodniczący Tomasz Latos, ani wiceszef Komisji Zdrowia Bolesław Piecha.

Pracami podkomisji miała kierować posłanka PiS Elżbieta Płonka (lekarzka), ale finalnie przekazała to zadanie klubowej koleżance, Dominice Chorośińskiej (aktorce), która ze swojej nomen omen roli wywiązała się sprawnie, bo w ciągu kilku godzin podkomisja przepracowała projekt, odrzucając niemal wszystkie merytoryczne poprawki opozycji. W tym te, które ważyły najbardziej, czyli dotyczące przepisów wprowadzających – jak podkreślali posłowie opozycji – ostrą penalizację zdarzeń medycznych. Wszystko za sprawą mechanizmu, który obejmuje quasi-gwarancjami bezpieczeństwa (możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary przez sąd pod warunkiem przychylnego stanowiska prokuratora) wyłącznie osoby, które – oczywiście imiennie, to fundament całej konstrukcji – złożą zawiadomienie

o zdarzeniu medycznym, wskazując wszystkie osoby w nie zaangażowane.

– Wywracacie sensu całej ustawy! Lekarze, pielęgniarki, inni pracownicy nie będą po prostu zgłaszać takich zdarzeń, nie będzie szans na tworzenie rejestrów, wyciąganie wniosków, które pozwoliłyby zapobiegać takim zdarzeniom w przyszłości – alarmowali zgodnie Rajmund Miller (Koalicja Obywatelska) i Marcelina Zawisza (Lewica).

POLITYKA KARNA RESORTU

Głos środowiska lekarskiego również był słyszalny. Naczelna Rada Lekarska (NRL)

przekazała wszystkim parlamentarzystom uwagi do projektu, które – według samorządu – powinny być wprowadzone, by ustawa miała w ogóle sens.

– Ratowanie życia nie jest przestępstwem i lekarze nie powinni być karani tak, jak karze się przestępców – podkreślał wiceprezes NRL Klaudiusz Komor podczas konferencji prasowej, poprzedzają-

cej posiedzenie nadzwyczajnej podkomisji. – Nie domagamy się bezkarności, tylko poczucia bezpieczeństwa – przekonywał wiceprezes NRL Paweł Barucha. Jednak nieprzejednane stanowisko przedstawicieli resortu sprawiedliwości praktycznie uniemożliwiało szerszą dyskusję.

Projekt samorządowy został opublikowany na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej i przekazany do konsultacji



Samorząd lekarski zaprezentował własny projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia. – Jako lekarze i obywatele chcemy lepszej ochrony zdrowia – mówił Łukasz Jankowski podczas prezentacji projektu

Komisja Zdrowia, która zebrała się dzień przed posiedzeniem Sejmu, miała za zadanie przygotować sprawozdanie na posiedzenie plenarne – drugie czytanie projektu i uchwalenie ustawy było wpisane do porządku lutowego posiedzenia. Już na wstępie opozycja zapowiedziała złożenie wniosków o odrzucenie projektu w całości, ze względu przede wszystkim na zastąpienie w nim rozwiązań opartych na systemie *no fault* opartymi na systemie donosów. Wydawało się, że dla pracowników parlamentarnych nie będzie to mieć większego znaczenia. PiS miało wystarczającą większość, by bez znaczących poprawek przyjmować artykuł po artykule. Nie brakowało jednak ciekawych momentów, jak wtedy, gdy Bartłomiej Chmielowiec stwierdził, że „budowanie kultury bezpieczeństwa i budowanie jakości jest pewnym procesem”. – Wprowadzenie ustawy jest tylko pierwszym krokiem, żeby tę kulturę budować. Zaproponowane w tej ustawie rozwiązania wprowadzają wiele pożądanых rozwiązań, wzorowanych na innych krajach – mówił Rzecznik Praw Pacjenta, by niewiele później przyznać, że rozwiązania zastosowane w ustawie, jeśli chodzi o odpowiedzialność karną

pracowników medycznych, to kwestia „polityki karnej prowadzonej przez Ministerstwo Sprawiedliwości”.

MOŻE W MARCU, MOŻE W KWIECIEŃU, A MOŻE WCAŁE

Gdy wydawało się, że już nic się nie wydarzy – jednym głosem opozycja wygrała głosowanie nad odrzuceniem sprawozdania podkomisji. Posłowie PiS byli w szoku, ale Tomasz Latos nie stracił zimnej krwi i szybko zamknął posiedzenie, blokując głosowanie nad wnioskiem o odrzucenie projektu w drugim czytaniu. Było pewne, że opozycji również to głosowanie uda się wygrać. Wyciągając jednak pewne wnioski z przeszłości, można było zakładać, że we wtorek rano Komisja Zdrowia zbierze się ponownie i PiS „wyprostuje” sytuację, stosując jakiś prawny (lub nie do końca prawny) kruczek, posługując się na przykład reasumpcją. Nic takiego jednak nie nastąpiło. Przeciwnie, z porządku obrad Sejmu zniknęło drugie czytanie projektu, a Tomasz Latos na zaplanowanym posiedzeniu Komisji Zdrowia, poświęconym sytuacji w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (na którym zresztą posłowie PiS niemal tak samo ostro przepytali

Ministerstwo Zdrowia co opozycja) nawet nie przesądził, że posłowie zajmą się projektem na marcowym posiedzeniu.

– Może w marcu, a może w kwietniu, a jeśli nie w kwietniu, to wcale – mówili posłowie opozycji, streszczając to, czego się dowiedzieli w kuluarach o dalszych losach ustawy.

Czy to znaczy, że ustawa o jakości w wersji forsowanej przez rząd, oprotestowywanej przez środowisko lekarskie (ale też przez ekspertów i przedstawicieli innych zawodów medycznych) na pewno nie zostanie uchwalona i nie wejdzie w życie? Takie twierdzenie byłoby przejawem hurraoptymizmu. Wszystko w rękach kierownictwa PiS, czyli Jarosława Kaczyńskiego. Jeśli minister zdrowia znajdzie sposób, by przekonać prezesa PiS do swoich racji, sejmowe młyny ruszą. Jeśli nie, ustawa ma duże szanse pozostać do końca kadencji w sejmowej zamrażarce.

Powód? Polityka. Z jednej strony PiS może się obawiać porażki w głosowaniu, jak w każdym, w którym Konfederacja głosuje z resztą opozycji. Ale ważniejsza wydaje się polityczna układanka w samym PiS. Pojawiły się spekulacje, że ustawa

została ponownie zablokowana przez ministra sprawiedliwości, choć nie do końca wiadomo, dlaczego, skoro Zbigniew Ziobro uzyskał wszystko, co chciał. Wprowadzenie opcji „nadzwyczajnego złagodzenia kary” nie tylko nie wiąże rąk prokuratorom, przeciwnie – ogranicza możliwości sędziów, jeśli uznają oskarżonego winnym.

NIE MA „CHEMII”

Być może nie chodzi wcale o sprzeciw ministra sprawiedliwości. Nie jest żadną tajemnicą, że między posłami z kierownictwa Komisji Zdrowia, kluczowymi dla PiS wieloletnimi działaczami tej partii, i obecnym ministrem zdrowia nie ma „chemii”. To Tomasz Latos i Bolesław Piecha skutecznie zablokowali inny flagowy projekt, czy też projekty, ministra Niedzielskiego, czyli ustawę o restrukturyzacji i modernizacji szpitalnictwa. A to tylko jeden z przykładów braku porozumienia. Zapowiedzi Adama Niedzielskiego, nie tyle startu w wyborach, co wzmocnienia pozycji politycznej, nie budzą – jak można nieoficjalnie usłyszeć – entuzjazmu.

– Polityka przeżarła ochronę zdrowia – komentował wydarzenia w Sejmie prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. A że ochrona zdrowia musi funkcjonować bez względu na uwarunkowania polityczne, pacjenci i profesjonaliści medycyny czekają na rozwiązania poprawiające jakość. Skoro wyhamowanie prac nad rozwiązaniami sygnowanymi przez ministra zdrowia stworzyło pewną przestrzeń dla nowych rozstrzygnięć, samorząd lekarski zaprezentował własny, przygotowywany od września ubiegłego roku projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia. – Z uwagi na zawieszenie prac parlamentu nad tzw. ustawą o jakości, która była niekompletna, do której strona społeczna wniosła szereg kluczowych dla bezpieczeństwa leczenia uwag, po ich odrzuceniu wychodzimy z propozycją własnego projektu – mówił Łukasz Jankowski podczas prezentacji projektu. – Nasz projekt jest projektem samorządowym. Trzeba powiedzieć – projektem obywatelskim. Jako lekarze oraz obywatele chcemy lepszego ochrony zdrowia.

Piotr Pawliszak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie, który przewodniczył pracom nad samorządowym



Pojawiają się spekulacje, że ustawę o jakości zablokował minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro, choć nie wiadomo, dlaczego, bo uzyskał wszystko, co chciał

projektem ustawy o bezpieczeństwie leczenia, podkreślał, że projekt – w sumie 62 artykuły – jest oparty na trzech zasadniczych filarach. Zresztą pokrywają się one w dużym stopniu z projektem rządowym. Różnicę stanowią „szczegóły”.

RÓŻNIĄ NAS SZCZEGÓŁY

– Kluczowym jest system rejestrowania zdarzeń niepożądanych. My kładziemy większy nacisk na jakość, analizę, wydawanie rekomendacji bezpieczeństwa i zasięganie głosu eksperckiego – stwierdził Pawliszak. Rzeczywiście, w trakcie prac w Komisji Zdrowia pojawiały się pytania, w jaki sposób będą analizowane i przetwarzane informacje zawarte w rejestrze zdarzeń niepożądanych tak, by spełniał on swoją rolę. Oczywiście, zakładając, że taki rejestr powstanie. A to w kontekście przyjętych rozwiązań nie jest pewne, a na pewno nie można zakładać, że będzie on wystarczająco duży, by pozwolić na wyciąganie wniosków.

Lekarze konsekwentnie podkreślają, że nawet 90 proc. zdarzeń niepożądanych nie jest wynikiem błędu konkretnego człowieka, lecz wynika z błędów systemu lub jest wynikiem splotu wielu okoliczności, a działanie końcowego ogniwa tylko ten splot domyka. – Chcemy odciąć samo zgłoszenie zdarzenia niepożądanego od

odpowiedzialności karnej, o ile nie zostało zatajone. To jedna z głównych różnic pomiędzy naszym projektem a rządowym – powiedział Pawliszak.

Drugi filar projektu to fundusz kompensacyjny i trzy kluczowe zapisy:

- coroczna waloryzacja świadczeń (projekt rządowy w wersji, w której trafił do Sejmu, przewidywał waloryzację co pięć lat, na etapie prac w podkomisji udało się przyjąć poprawkę o corocznej waloryzacji),
 - wprowadzenie funkcji koordynatora leczenia poważnych następstw zdrowotnych (takie rozwiązanie rekomendowali przedstawiciele organizacji pacjentów podczas ubiegłorocznej konferencji eksperckiej poświęconej problemom jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwu pacjenta, która odbyła się w Naczelnej Izbie Lekarskiej),
 - partycypacja finansowa podmiotów wykonujących działalność leczniczą w finansowaniu tego systemu.
- Ostatnim elementem są zmiany, jeśli chodzi o Kodeks karny, ograniczenie odpowiedzialności karnej do ewidentnych sytuacji rażącego niezachowania należytej ostrożności, na przykład przez brak nadzoru. To sytuacja, w której na sali operacyjnej leży znieczulony pacjent, lekarz wychodzi z sali operacyjnej i dochodzi do zdarzenia niepożądanego – podawał przykład prezes ORL w Warszawie.

Projekt ustawy został opublikowany na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej i przekazany do szerokich społecznych konsultacji. Trafi również do parlamentarzystów wszystkich klubów.

**Jeśli minister
zdrowia znajdzie
sposób,
by przekonać
prezesa PiS
do swoich racji,
sejmowe młyny
ruszą, jeśli nie,
ustawa zostanie
w sejmowej
zamrażarce**

CO PIS ZMieniŁ W OCHRONIE ZDROWIA

Druga kadencja rządów Zjednoczonej Prawicy dobiega końca. Do wyborów zostało jeszcze kilka dobrych miesięcy, ale kampania wyborcza już trwa. Pokazujemy, co w ciągu ostatnich ośmiu lat udało się zrobić, gdzie nie ustrzeżono się błędów i co okazało się totalną katastrofą.



Małgorzata Solecka
dziennikarka

Trzech ministrów, dwoje premierów. Wiele podniosłych słów, jeszcze więcej deklaracji i obietnic. 18 listopada 2015 r. Beata Szydło mówiła w Sejmie: - Dotychczasowy model organizacji finansowania służby zdrowia nie sprawdził się. Prowadził do daleko idącej ekonomizacji służby zdrowia, do zmiany funkcji lekarzy. Należy wrócić do programu śp. pana prof. Zbigniewa Religii. Pacjent nie może być pozycją w bilansie, lekarz księgowym, a szpital przedsiębiorstwem. Służba zdrowia nie może być nastawiona na zysk, nie ma tu innego sposobu niż powrót do finansowania budżetowego wraz z właściwymi dla niego rygorami.

Dwa lata później z tego samego miejsca podczas swojego pierwszego exposé Mateusz Morawiecki zapewniał: - Pierwszym arcyważnym zadaniem jest służba zdrowia. Nie ma godnego życia bez sprawnej opieki zdrowotnej, dlatego doprowadzimy do skokowego wzrostu wydatków na służbę zdrowia do poziomu 6 proc. PKB w ciągu najbliższych kilku lat. To odpowiedź na słuszne postulaty pacjentów, personelu medycznego, lekarzy i pielęgniarek.

Po wygranych wyborach w 2019 r. staro-nowy szef rządu (po raz kolejny Mateusz Morawiecki) dokonywał pierwszego bilansu „osiągnięć” i snuł plany na

kolejne cztery lata: - Dwa lata temu, kiedy tworzył się mój rząd, powiedziałem, że priorytetem będzie onkologia i kardiologia. Rak i choroby serca są ogromnym zagrożeniem dla nas wszystkich, jednymi z największych polskich problemów zdrowotnych. (...) Podnieśliśmy radykalnie nakłady na zdrowie. Wzrost z 70 mld do 106 mld zł, o blisko 50 proc.

Ta narracja obowiązywała przez trzy i pół roku - mimo że dane, zarówno krajowe, jak i międzynarodowe, wskazywały i wskazują nadal, że w Polsce nakłady publiczne na zdrowie nie rosną praktycznie wcale. Nie przeszkadzało to i nie przeszkadza przedstawicielom rządu twierdzić, że jest odwrotnie. Teza o radykalnie rosnących nakładach czy to w formie obietnicy (Konstanty Radziwiłł), czy realizującej się zapowiedzi (Łukasz Szumowski), czy faktów niemal dokonanych (Adam Niedzielski), połączyła trzech, skądinąd różnych, ministrów zdrowia.

Dlatego gdy podczas styczniowej konferencji „Priorytety w ochronie zdrowia 2023”, organizowanej pod patronatem

Naczelnej Izby Lekarskiej, zapytano wiceministra zdrowia Piotra Brombera, kiedy zdrowie stanie się priorytetem rządu, mógł on odpowiedzieć - i nawet mu przy tym powieka nie drgnęła: - Zdrowie już jest priorytetem rządu i nie trzeba tego specjalnie akcentować.

Jest zdrowie priorytetem państwa czy nie jest? Co mówią fakty i liczby?

NAKŁADY NA ZDROWIE

W kwotach bezwzględnych przyrost środków w ochronie zdrowia w ciągu ośmiu lat jest zgoła imponujący. Co prawda w 2015 r. wydatki publiczne nie wynosiły 70 mld zł, jak twierdził premier Morawiecki w pierwszym exposé, tylko blisko 79 mld zł (w 2014 r., czyli ostatnim pełnym roku rządów PO-PSL - 79,05 mld zł), ale rzeczywiście, w bieżącym roku według planu ma to być już ok.

165 mld zł, co oznacza wzrost - w złotych polskich - ponaddwukrotny.

Nikomu nie trzeba tłumaczyć, że wartość złotego w 2015 r. i w 2023 r. to dwie różne rzeczywistości, co widać najlepiej po wolumenie świadczeń, które jest

**Pod względem
wydatków na
ochronę zdrowia
jako odsetka PKB
zajmujemy jedno
z ostatnich miejsc
w Europie**

w stanie sfinansować NFZ - zwiększył się on w tych latach zaledwie o kilka procent.

Według raportu OECD i Komisji Europejskiej z grudnia 2022 r. „Health at a Glance 2020. Europe” wydatki publiczne na zdrowie w Polsce w 2020 r. sięgnęły 4,8 proc. PKB, czyli były o ok. 0,2 pkt. proc. wyższe niż wtedy, gdy Zjednoczona Prawica przejmowała rządy. W ostatnich kilkunastu latach dokładnie taki sam poziom osiągnęliśmy w latach 2009-2008, gdy zaczynał się w Europie kryzys finansowy. Co ważniejsze, w 2020 r. wydatki na zdrowie w krajach europejskich w związku z pandemią eksplodowały - w skrajnych przypadkach o kilkanaście (Czechy) czy ponad 20 proc. (Bułgaria). Polska natomiast zalicza się do wąskiego grona krajów, w których wydatki na zdrowie ogółem spadły. Czy trzeba dodawać, że pod względem wydatków na zdrowie mierzonych jako odsetek PKB (6,5 proc., z uwzględnieniem strumienia prywatnego) zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie?

Narrację o rosnących dynamicznie nakładach umożliwia ustawa 7 proc. PKB na zdrowie. Rządzący zaszyli w niej metodologię n-2 pozwalającą na odnoszenie bieżących wydatków do PKB sprzed dwóch lat, co szczególnie przy wysokiej, kilkunastoprocentowej, inflacji jest zupełnie pozbawione sensu, ale pomaga rządowi utrzymywać propagandowy przekaz. Niekiedy zahacza on wręcz o groteskę - jak wtedy, gdy prezes PiS Jarosław Kaczyński przekonuje, że osiągnęliśmy lub lada moment osiągniemy „dobry średni europejski poziom” w publicznych nakładach na zdrowie, gdy tymczasem - według tego samego źródła, czyli raportu OECD - średnie nakłady publiczne na zdrowie w 2020 r. wyniosły ok. 9 proc.

WSKAŹNIKI I BILANS PANDEMII

Pandemia skróciła średnią oczekiwaną długość życia w większości krajów europejskich - to fakt. W krajach Europy Środkowo-Wschodniej negatywny wpływ pandemii jest odczuwalny bardziej niż w krajach Europy Zachodniej. Polska w rankingu krajów o największym spadku średniej długości życia w ciągu blisko trzech lat pandemii zajmuje miejsce czwarte - wyprzedzają nas Bułgaria, Słowacja i Rumunia. Lata 2020-2022 „zabrały” nam 2,4 roku przeciętnej oczekiwanej długości życia, cofnęliśmy się do pierwszej dekady XXI wieku. Również dlatego że średnia oczekiwana długość

życia praktycznie przestała rosnąć już w 2015 r., a w latach 2017-2018 zanotowano już pierwsze niewielkie spadki. Tsunami zgonów z lat 2020-2021 i ciągle wysoka umieralność w roku 2022 postawiły tylko kropkę nad i, nie pozostawiając złudzeń: ponieważ nie udało się również doprowadzić do zwiększenia liczby urodzeń, bez większej przesady ostatnie trzy lata można określić jako „wielkie wymieranie”. Wysoka śmiertelność z powodu COVID-19, jedna z najwyższych w UE nadumieralności w latach pandemicznych (sezon infekcyjny 2022/2023 znów przyniósł nawet 20-proc. zwiększenie umieralności w stosunku do lat sprzed pandemii) - to miara naszych „sukcesów”.

Oczywiście teza, że rządy Zjednoczonej Prawicy przyniosły Polsce katastrofę demograficzną, byłaby nadużyciem - na zatrzymanie pozytywnego trendu wydłużania średniej długości życia (i co jeszcze ważniejsze: wydłużania życia w zdrowiu) składały się zaniechania również poprzednich ekip rządzących Polską.

Bo zdrowie, wbrew pełnym samozadowolenia wypowiedziom i deklaracjom polityków, nigdy priorytetem rządów - kolejnych zresztą - nie było, mimo że zdecydowana większość Polaków uważa, że zapewnienie wysokiego poziomu opieki zdrowotnej jest najważniejszym zadaniem państwa. Klęska ochrony zdrowia w Polsce powinna być czołowym tematem kampanii wyborczej - ale można się założyć, że nim nie będzie.

JAKOŚĆ

Odmieniana przez wszystkie przypadki przez osiem ostatnich lat, ciągle pozostająca w sferze planów. Nie tylko dlatego że parlament rozpoczął prace nad projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta dopiero w styczniu. Powód, z jakiego z jakością (i bezpieczeństwem pacjenta, a także personelu medycznego) nie jest najlepiej, to poziom finansowania. Jak mówił, przedstawiając posłom projekt ustawy, Adam Niedzielski, „tworzy on pewną całość z innymi fundamentalnymi rozwiązaniami, które przyjęliśmy w trakcie ostatnich lat rządów”. Przede wszystkim - z gwarancją „finansowania, która początkowo przesądzała, że poziom nakładów na system

opieki zdrowotnej będzie wynosił blisko 6 proc. PKB. Potem ta gwarancja została zwiększona do 7 proc. PKB”. - Ta gwarancja jest tak naprawdę podstawą, fundamentem pozwalającym myśleć o innych reformach, innych zmianach, które po prostu muszą opierać się na gwarancji zwiększenia finansowania - przekonywał. Jaki fundament (4,8 proc. PKB), taka jakość.

SYSTEM NO FAULT

Element, bez którego - jak przez całe lata przekonywali eksperci i przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, również Rzecznik Praw Pacjenta - nie ma mowy o budowie systemu opartego na jakości i bezpieczeństwie pacjenta. System, którego osią jest zgłaszanie zdarzeń niepożądanych przez personel medyczny. - Na pewno system *no fault*, o którym marzyliśmy wszyscy, jest kontrowersją i to trzeba otwarcie

powiedzieć, bo my jesteśmy do niego w stu procentach przekonani, ale na poziomie politycznym jest trudny do wytłumaczenia - mówił w kwietniu 2022 r. w przypiływie szczerości minister Adam Niedzielski i były to bodaj jedy-

ne słowa, w których szef resortu przyznał, że żadnego systemu *no fault* nie będzie. Że co prawda rząd wprowadzi system kompensacji dla pacjentów, niezależny od orzekania o winie, natomiast profesjonalistom medycznym zaoferuje budowanie rejestru zdarzeń niepożądanych (czyli zapobiegania powtarzaniu się identycznych lub podobnych szkód w przyszłości) w zamian za mglistą obietnicę złagodzenia kary w ewentualnym procesie karnym. Zamiast *no fault* - czyste *fault fault*. Przysznaj się do winy i pogódź się z karą.

KSZTAŁCENIE

W 2015 r. studia na kierunku lekarskim rozpoczynało 5 tys. studentów, w tej chwili dwa razy tyle, celem jest 14 tys. - kreśli macierzyste plany rząd Zjednoczonej Prawicy. - Postawiono na ilość, nie na jakość - ripostuje samorząd lekarski. - To obrona korporacyjnych interesów - odbija piłeczkę minister zdrowia.

Jednego Adamowi Niedzielskiemu odmówić nie można. Choć, jak sam twierdzi, jest gotowy na sto procent wejść do polityki - testem będzie start w wyborach

Klęska ochrony zdrowia w Polsce powinna być czołowym tematem kampanii wyborczej

- znacznie częściej niż inni politycy nie trzyma kart przy orderach. - Jest szansa, że większość absolwentów po zdobyciu dyplomu zostanie w regionie - mówił podczas wizyty w Płocku (gdzie od października również będą się kształcić przyszli lekarze). Jak minister do tego doszedł? - Blisko 70 proc. absolwentów i absolwentek kierunku położnictwa i pielęgniarstwa tutaj w Płocku zostaje w regionie. Jeżeli osoby jadą się kształcić do dużych ośrodków, to niestety rzadko wracają do tych miejsc, gdzie też jest potrzeba.

Z tej wypowiedzi mogłoby wynikać, że nowe ośrodki będą kształcić lekarzy przede wszystkim na potrzeby regionu. Problem w tym, że mobilność lekarzy oraz pielęgniarzek i położnych to dwie różne rzeczywistości. W ramach tego drugiego zawodu jest ona znikoma (zarówno jeśli chodzi o migracje zagraniczne, jak i wewnątrz kraju). Zawody lekarskie charakteryzują się zupełnie innym profilem gotowości do zmiany miejsca pracy, ale również zamieszkania, co jest potwierdzone badaniami.

Niemal trzykrotne zwiększenie liczby studentów kierunków lekarskich ma być remedium na kryzys kadrowy w publicznym systemie ochrony zdrowia. Czy będzie? Prof. Robert Flisiak, członek zespołu ekspertów senackiej Komisji Zdrowia, zwracał w lutym uwagę, że przewlekłe i trwałe niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia wypycha specjalistów z najtrudniejszego pola uprawiania medycyny, czyli ze szpitali. Doświadczeni lekarze częściowo przechodzą do sektora prywatnego, jednak wielu z nich zmienia pracę w obrębie systemu publicznego, ale na lecznictwo otwarte. - Kto będzie uczył zawodu przyszłe kadry? - pytał retorycznie.

KADRY LEKARSKIE

Czy Polska ma 2,4 lekarza w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców czy 3,3 - a więc nie tak dużo mniej niż wynosi unijna średnia - nie ma najmniejszego znaczenia dla pogłębiającego się kryzysu kadrowego w zawodzie lekarza. Przyczyny, zasadnicze, są trzy. Po pierwsze, wysoka średnia wieku czynnych zawodowo lekarzy. Po drugie, postępująca feminizacja zawodu lekarza. Po trzecie, migracja lekarzy do sektora prywatnego (czemu z właściwą sobie finezją rząd chce zapobiegać specjalnymi

dodatkami dla lekarzy pracujących tylko w jednym miejscu, co przypomina próbę precyzyjnego rozbić surowego jajka kłonicą) czy też - jak podkreślają eksperci - z segmentu szpitalnego do lecznictwa otwartego.

Każdy z tych czynników osobno wpływa na to, że luka kadrowa się powiększa. W Polsce zaś występują wszystkie trzy i jeszcze czwarty: młodzi adepci medycyny, jak pokazują wstępne wyniki badań przeprowadzanych na największych uniwersyteckich uczelniach medycznych, w ogromnej części myślą o emigracji. Planują lub przynajmniej biorą pod uwagę takie rozwiązanie powodowani nie tyle chęcią osiągnięcia wyższych zarobków, co zapewnienia sobie lepszych, bezpieczniejszych i bardziej komfortowych warunków pracy. Jeśli coś zostało zrobione przez osiem ostatnich lat, to raczej utwierdzenie ich w przekonaniu, że emigracja - przynajmniej czasowa - jest najbardziej sensownym wyborem zawodowym. Również dlatego że zarówno poszczególne decyzje, jak i przyjęty styl przedstawiania i wyjaśniania problemów systemu ochrony zdrowia potęgują napięcia w tym systemie, nie zakładając nawet ich rozwiązywania czy - zwłaszcza - zapobiegania im.

DIALOG

„Przez osiem ostatnich lat Polki i Polacy byli ignorowani przez rządy Platformy Obywatelskiej” - te słowa byłej premier Beaty Szydło stały się wręcz ikoniczne, doczekały się miejsca w kabaretach i memach. Czy dziś można powiedzieć: „Przez osiem ostatnich lat lekarze i lekarki, lekarze dentyści i lekarki dentystki byli ignorowani przez rządy Zjednoczonej Prawicy”? Byli, choć nie wiadomo, czy nie byłaby to niekiedy bardziej pożądana opcja.

Ignorowany konsekwentnie był głos samorządu lekarskiego wypowiadającego się w sprawach dla funkcjonowania systemu, sytuacji pacjentów i personelu medycznego kluczowych. Nawet karnał dialogu z pierwszych miesięcy urzędowania ministra Łukasza Szumowskiego przyniósł lekarzom przede wszystkim rozczarowanie. Nie tylko dlatego że środowisko zostało - trzeba to mówić wprost i głośno - oszukane w sprawie wzrostu nakładów na zdrowie. Rozczarowaniem zakończyły się w ogromnym stopniu prace

nad dużą nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a zmiany w systemie kształcenia, które miały podnieść jego jakość przy jednoczesnym wprowadzeniu bardziej przyjaznych i sprawiedliwych zasad (dotyczących choćby rekrutacji na miejsca specjalizacyjne) *de facto* otworzyły kolejnej ekipie drogę do destrukcji systemu kształcenia, zwłaszcza etapu przeddyplomowego.

To, co łączy wszystkich ministrów z ostatnich dwóch kadencji (gwoździłobyś trzeba przyznać, że również z poprzednich dwóch), to nadużywanie bon motu o konieczności patrzenia z szerszej perspektywy niż lekarska na problemy systemu ochrony zdrowia. To oczywiste, że minister zdrowia - czy raczej rząd - nie może przyjmować perspektywy jednej grupy zawodowej ani tym bardziej działać w jej interesie. Pytanie, czy jest to równoznaczne z zupełnym pominięciem tej perspektywy i podejmowaniem decyzji sprzecznych z dobrze rozumianym interesem (czy też raczej dobrem) kluczowych dla stabilności systemu ochrony zdrowia profesjonalistów, nawet nie powinno się pojawiać w przestrzeni publicznej, a stawać je trzeba.

ZDROWIE PUBLICZNE I SZCZEPIENIA

W ciągu sześciu lat (od roku 2015 do 2021, bo mimo postępującej cyfryzacji opóźnienia w raportowaniu informacji ważnych z punktu widzenia zdrowia publicznego są coraz większe i danych za 2022 r. jeszcze długo nie poznamy) liczba odmów szczepień dzieci i młodzieży wzrosła z ok. 18 tys. do ponad 61 tys. - przy, co trzeba powiedzieć, niemal całkowitej bierności instytucji odpowiedzialnych za Program Szczepień Ochronnych. Narzędzia w postaci elektronicznej karty szczepień mają się dopiero pojawić, natomiast rząd Zjednoczonej Prawicy nie zrobił nic, by ukrócić „modę na nieszczepienie”, choć miał takie możliwości: w sejmowej zamrażarce Komisji Zdrowia utknął na przykład senacki projekt ustawy przewidującej możliwość posyłania do żłobków i przedszkoli wyłącznie dzieci zaszczepionych. Posłowie PiS powitali projekt wręcz entuzjastycznie, po czym go głęboko zakopali.

Słowo „szczepienia” wywołuje po prawej stronie nie tyle sceny politycznej (choć również), co po prawej stronie elektoratu na tyle silne emocje, że nawet pandemia czy tridemia nie jest wystarczającą okolicznością, by o szczepieniach mówić jednoznacznie i podejmować jednoznaczne



Premier Beata Szydło zapowiadała przebudowę służby zdrowia, a jej następca Mateusz Morawiecki mówił, że pierwszym arcyważnym zadaniem jest służba zdrowia. Na obietnicach się skończyło

decyzje. - Premier Mateusz Morawiecki stawia nam cel, żebyśmy zaszczepili powyżej 70-80 proc. populacji, i do tego będziemy dążyli - mówił w grudniu 2020 r. o szczepieniach przeciw COVID-19 minister zdrowia Adam Niedzielski. Trzeba przyznać, że chwilę wcześniej wyraził nadzieję, że odsetek zaszczepionych nie będzie niższy niż „50-60 proc.”, co by znaczyło, że minister miał już wówczas doskonałą intuicję lub wiedział, jaki opór polityczny napotka akcja szczepień.

Narodowy Program Szczepień wyhamowali w dużym stopniu posłowie Prawa i Sprawiedliwości, zwłaszcza Solidarnej Polski. Ci sami, którzy w styczniu 2023 r. postanowili zająć się wyrokami sądów lekarskich zawieszających prawo wykonywania zawodu lekarzom kwestionującym bezpieczeństwo i skuteczność szczepień przeciw COVID-19 (niektórzy kwestionowali i kwestionują zresztą nie tylko te szczepienia). Miarą wagi, jaką resort zdrowia przykładą do kwestii szczepień, jest bierność, z którą są przyjmowane poselskie zakusy na niezależność instytucji stojącej na straży odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

- Jeszcze chyba nigdy sytuacja nie była tak trudna jak w tej chwili - oceniła

podczas styczniowego panelu poświęconego szczepieniom ochronnym prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. Dramatycznie brakuje edukacji zdrowotnej skierowanej zarówno do dzieci i młodzieży, jak i dorosłych. - My tylko mówimy o edukacji. Kilkunastosekundowy spot to nie jest żadna edukacja - podkreślała. „Ślepą uliczką” określiła rozwiązania przyjęte w kończącym się sezonie, dotyczące szczepień przeciw grypie. - Refundacja recepturowa to droga donikąd.

Droga, którą resort zdrowia by nie podążał, gdyby prowadził realny dialog ze środowiskami medycznymi - eksperci wiele miesięcy wcześniej przestrzegali przed fiaskiem szczepień przeciw grypie. Tegoroczny wynik, który zapewne zamknie się w przedziale 4-5 proc. zaszczepionej populacji, pójdzie na konto kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, bez względu na to, ile razy Waldemar Kraska, jedyny reprezentant zawodów medycznych w tym gronie, powtórzy, że wstydzi się niskiego poziomu zaszczepienia pracowników ochrony zdrowia.

Jest prawdą, że w obszarze szczepień ochronnych były też sukcesy: wprowadzenie szczepień przeciw pneumokokom i rotawirusom oraz zapowiedź rychłej

refundacji szczepień przeciw HPV (jest szansa, że w 2023 r. zakończy się wytykanie Polsce, że pozostaje jedynym krajem bez programu szczepień dla nastolatków). To tylko dowodzi, że rację mają ci, którzy twierdzą: pieniądze w zdrowiu to nie wszystko, bo te na zakup szczepionek się znalazły. Trzeba jeszcze podejmować dobre decyzje.

Nie jest tak, że w zdrowiu w trakcie dwóch kadencji nie wydarzyło się nic pozytywnego. W co najmniej kilku aspektach pojawiły się albo zmiany na lepsze, albo szansa na takie zmiany. Niestety polega na tym, że nawet te dobre zmiany opatrzone są poważnymi zastrzeżeniami. Nie byłoby ich, gdyby... Gdyby inaczej wyglądał dialog, chociażby.

CYFRYZACJA

W niezbyt długim rankingu sukcesów niewątpliwie na pierwsze miejsce zasługuje przełamanie spirali niemożności przez Łukasza Szumowskiego i jego zastępcę Janusza Cieszyńskiego, obecnego ministra cyfryzacji. Uporządkowanie i priorytetyzacja zadań pozwoliły w krótkim czasie dwóch lat wprowadzić dwa podstawowe narzędzia - e-ZLA i e-receptę. Pandemia COVID-19 zastała system ochrony zdrowia, jego



Minister zdrowia Adam Niedzielski potwierdza co jakiś czas chęć kandydowania do Sejmu, motywując to większą sprawczością polityczną

pracowników i pacjentów, w momencie, gdy już były one dostępne i przetestowane, a kolejne czekały na wdrożenie. Pandemia wymusiła też przyspieszenie rozwiązań cyfrowych – to w większości krajów rozwiniętych jeden z pozytywnych aspektów opisywanych w międzynarodowych raportach.

Jest nieźle, mogłoby być jednak lepiej. Mamy już ochronę zdrowia w dużym stopniu scyfryzowaną, ale działamy ciągle analogowo. Mimo że NFZ zbiera praktycznie wszystkie dane, nadal o stopniu refundacji leków decyduje lekarz, choć powinno działać się to automatycznie. Skrajnym przykładem jest tzw. sprawa mlekowa, czyli żądania NFZ, by lekarze zwracali niebotyczne kwoty za niezasadną refundację preparatu Neocate LCP, przepisywanego dzieciom po 12. miesiącu życia. Sprawa wielowątkowa, ale jednym z jej aspektów jest chociażby

Rząd utwierdził młodych lekarzy w przekonaniu, że emigracja jest najbardziej sensownym wyborem zawodowym

fakt, że płatnik, dysponując kompletem danych o tym, kto pobierał „nienależne” recepty, zwłaszcza w większej niż zdroworozsądkowa liczbie, ignoruje je, skupiając się na dochodzeniu swoich domniemyanych strat od lekarzy.

Kolejny przykład analogowego podejścia do problemu – szczepienia uchodźców z Ukrainy. Mimo że minął rok, jedynie dane, jakimi dysponuje Ministerstwo Zdrowia, dotyczą liczby wykonanych fizycznie szczepień. Nie ma zagregowanych danych, ile dzieci i młodzieży zostało zaszczepionych. Można tylko domniemywać, że jest to liczba mniejsza niż iniekcji.

WYNAGRODZENIA

Między bajki można włożyć opowieści o lekarzach „nie jakichś wybitnych”, którzy miesięcznie zarabiają 70-90 tys. zł, o czym ze swadą opowiadał lider Zjednoczonej

Prawicy, jeżdżąc po kraju. Jest jednak prawdą, że lekarze zarabiają lepiej niż jeszcze dekadę temu. Również młodzi lekarze. Niestety, uchwalona ustawa o wynagrodzeniach minimalnych nie rozwiązuje wszystkich problemów płacowych. Więcej – przyczynia się do destabilizacji systemu i konfliktów w placówkach. Trudno jednak zaprzeczyć, że stanowi impuls do podnoszenia płac.

Z punktu widzenia lekarzy i lekarzy dentytów ustawa o minimalnych wynagrodzeniach jest jednak dalece niedoskonała. Po pierwsze, dlatego że odbiega nie tylko od zgłaszanego od lat przez środowisko postulatu: trzy średnie krajowe dla lekarza specjalisty i – co za tym idzie – odpowiednio mniej dla pozostałych grup lekarskich, ale również od tego, na co lekarze byli gotowi zgodzić się jako kompromis w trakcie prac nad najnowszym kształtem przepisów (dwie średnie krajowe dla specjalisty). Po drugie, ustawa spłaszcza wynagrodzenia zasadnicze w placówkach. Lekarze bez specjalizacji zarabiają niewiele więcej niż pozostali pracownicy medyczni. Po trzecie, mechanizm podwyżek nie chroni wynagrodzeń pracowników

ZJEDNOCZONEJ PRAWICY

NIE UDAŁO SIĘ	UDAŁO SIĘ, CHOĆ ...
• zwiększyć nakładów na zdrowie • doprowadzić do zwiększenia liczby urodzeń i zahamować wysokiej śmiertelności (zwłaszcza z powodu COVID) • poprawić jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjentów • zbudować rejestru zdarzeń niepożądanych • zaradzić kryzysowi kadrowemu w publicznym systemie ochrony zdrowia • zaradzić kryzysowi kadrowemu w zawodzie lekarza • poprawić systemu kształcenia, zwłaszcza etapu podyplomowego • rozwiązać problemu szczepień ochronnych	• wprowadzić e-ZLA i e-receptę, choć konieczne jest przyspieszenie kolejnych rozwiązań cyfrowych • podnieść zarobki lekarzy, choć doszło do spłaszczenia zarobków specjalistów w placówkach • powołać Agencję Badań Medycznych, choć nadal budzi wątpliwości sposób jej finansowania • poprawić finansowanie nowoczesnych terapii lekowych, choć programy lekowe i kryteria kwalifikacji są niejasne • wprowadzić opiekę koordynowaną - czas pokaże na ile skutecznie • przygotować sieć onkologiczną - słuszne założenia, choć wszystko może się rozbić o pieniądze • wprowadzić szczepienia przeciw pneumokokom i rotawirusom • konsekwentnie ignorować głos samorządu lekarskiego

ochrony zdrowia przed skutkami wysokiej inflacji. Kwota bazowa (średnie wynagrodzenie za poprzedni rok) zmienia się w połowie kolejnego roku, w przeciwieństwie do wynagrodzenia minimalnego, które w warunkach wysokiej inflacji podnoszone jest dwukrotnie, a podwyżki w zdrowiu następują raz w roku.

Politycy - a przez to i opinia publiczna - nagminnie mylą trzy pojęcia: wynagrodzenia, zarobki i dochody lekarzy. Politycy robią to celowo, żonglując kwotami, dla przeciętnego obywatela zawrotnymi (czasami prawdziwymi, częściej urojonymi albo co najmniej niereprezentatywnymi), pomijając fakt, że te prawdziwe kwoty lekarze zarabiają, pracując w wymiarze przekraczającym dwa „etaty”.

BADANIA KLINICZNE

Cokolwiek by mówić o Agencji Badań Medycznych, bez wątpienia dała impuls rozwojowy sektorowi badań klinicznych. Te zaś są potrzebne i pracownikom ochrony zdrowia, i polskiej medycynie, i przede wszystkim pacjentom. Nadal ogromne wątpliwości budzi sposób finansowania, fakt, że ABM funkcjonuje za odpis ze

składek zdrowotnych, a powinna otrzymywać pieniądze z budżetu państwa. Sam fakt, że powstała, i to, jak działa, trzeba jednak zapisać na plus.

INNOWACYJNE TERAPIE LEKOWE

Niewątpliwie przez osiem lat Polska nadrobiła część dystansu dzielącego nas od reszty Europy pod względem finansowania nowoczesnych terapii lekowych. Nie na darmo wiceminister zdrowia Maciej Milikowski w latach 2021-2022 był najczęściej nagradzanym przez organizacje pacjenckie przedstawicielem resortu zdrowia, nie na darmo zwyciężył w prestiżowej „Liście stu” najbardziej wpływowych osób w systemie ochrony zdrowia „Pulsu Medycyny” opublikowanej na początku 2022 r. Raporty międzynarodowe wprawdzie nadal pokazują, że odstawiamy. Nie tylko od krajów Europy Zachodniej, ale nawet naszego regionu (Czechy, Węgry, Słowacja) - ale ruszyliśmy do przodu. Nie tylko na najbardziej spektakularnym odcinku, czyli leczenia pacjentów z SMA (tu Polska jest jednym z europejskich liderów, mając i badania przesiewowe, i włączone do refundacji wszystkie zarejestrowane terapie).

Jest jednak łyżka dziegciu. Sam fakt objęcia finansowaniem ze środków publicznych to jedno. Drugie to forma, w jakiej leki są udostępniane pacjentom i lekarzom. Programy lekowe to zmore jednych i drugich, a kryteria kwalifikacji i przede wszystkim wykluczania nie mają wiele wspólnego z aktualną wiedzą medyczną, o czym specjaliści przypominają przy każdej możliwej okazji. Są narzędzia (leki), są potrzebujący (pacjenci) - zbyt często narzędzia są jednak niedostępne lub - co gorsza - dostępne tylko na kolejnych, bardziej zaawansowanych etapach choroby. Stawia to pod znakiem zapytania racjonalność podejmowanych przez urzędników decyzji. Oszczędności nie tylko w tym obszarze są pozorne.

ŚCIEŻKI PACJENTA

To nie jest nowy pomysł. O konieczności koordynacji - pionowej i poziomej - opieki nad pacjentem mówi się od co najmniej dwóch dekad, zarówno na poziomie lecznictwa otwartego, jak i szpitalnego, we wszystkich obszarach medycyny, również zdrowiu psychicznym. Przełomu nie ma, bo pacjent - jak mówi prof. Bolesław Samoliński - nadal krąży zagubiony w systemie. Na plus można zapisać podjęte próby zastąpienia chaosu koordynacją (czas pokaże, czy choćby poziom finansowania pozwoli na to, by były one udane). Opieka koordynowana w POZ, czyli rozwiązanie przez lata postulowane choćby przez lekarzy rodzinnych, ma szansę poprawić jakość opieki przynajmniej nad częścią pacjentów. I to tą, która tej koordynacji opieki ze względu na profil chorobowy najbardziej potrzebuje. Narodowy Program Chorób Rzadkich, przyjęty z wieloletnim w stosunku do innych krajów UE opóźnieniem, ciągle jeszcze pozostaje w ogromnej mierze *in statu nascendi*, ale - dobrze, że jest. Szansą (choć nie można tracić z oczu zagrożeń, przed jakimi przestrzega spora część środowiska) są też sieci w onkologii i kardiologii - przynajmniej w założeniach. Wszystko jednak rozbija się o pieniądze. - Jakość kosztuje - przypominają lekarze, wystarczy wspomnieć o 4,8 proc. PKB.

Trudno nie odwołać się do stwierdzenia Karola Marksa: „Byt określa świadomość”. Granice planów i wyobrażeń o polskim systemie ochrony zdrowia określa w sposób bardzo jednoznaczny poziom jej finansowania. ■■■

Autorka jest dziennikarką portalu Medycyna Praktyczna i miesięcznika „Służba Zdrowia”

Pomysł rządu na braki kadrowe: więcej miejsc na studiach

„Kształćmy jak najwięcej, a jakoś to będzie” – tak prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski podsumował otwieranie kierunku lekarskiego w uczelniach zawodowych.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Oponad 53 proc. wzrosły limity przyjąć na kierunek lekarski w roku akademickim 2022/2023 w porównaniu z rokiem akademickim 2015/16 – informuje Ministerstwo Zdrowia. Dla resortu to wciąż za mało, dlatego kolejnym uczelniom planuje dać zielone światło na rozpoczęcie kształcenia tych, od których będzie zależało życie i zdrowie pacjentów. Chodzi o placówki niemające dotychczas wiele wspólnego z medycyną.

– Uruchomienie kierunków lekarskich w wyższych szkołach zawodowych zwiększy dopływ fachowców do polskiej ochrony zdrowia – powiedział minister zdrowia Adam Niedzielski na styczniowej konferencji w Akademii Mazowieckiej w Płocku. Rekrutacja na kierunek lekarski ma tam ruszyć w czerwcu.

RADYKALNE PRZYSPIESZENIE

Z szefem resortu zdrowia zgadza się minister edukacji i nauki Przemysław Czarnek. W jego opinii „radikalne zwiększenie” liczby miejsc na studiach medycznych to jedyny sposób na uzupełnienie niedostatków kadrowych. – Już dziś kierunków lekarskich jest więcej na uczelniach podległych bezpośrednio Ministerstwu Edukacji i Nauki aniżeli na uczelniach medycznych – mówił w Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu, którą odwiedził w styczniu w związku ze złożeniem

wniosku o wydanie zgody na uruchomienie kierunku lekarskiego.

W Ministerstwie Edukacji i Nauki (MEiN) trwa weryfikacja liczącego 440 stron dokumentu. Jeśli MEiN, resort zdrowia oraz Polska Komisja Akredytacyjna (PKA) nie zgłoszą poważniejszych zastrzeżeń, przyszli lekarze rozpoczną studia w liczącej ok. 32 tys. mieszkańców historycznej stolicy Podhala od 1 października 2023 r.

KIERUNEK LEKARSKI NA 24 UCZELNIACH

Obecnie kształcenie na kierunku lekarskim prowadzą 24 uczelnie, w tym 19 publicznych i pięć niepublicznych – nadzór nad dziewięcioma sprawuje Ministerstwo Zdrowia, a nad resztą szef resortu edukacji i nauki. Takie placówki są już w każdym województwie. W grudniu pozwolenie na utworzenie jednolitych studiów magisterskich o profilu ogólnoakademickim na kierunku lekarskim otrzymała Akademia Kaliska im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego. – To był bardzo długi proces – podkreśla rektor prof. Andrzej Wojtyła. Wystąpienie o zgodę poprzedziły wizyty w uczelni premiera Mateusza Morawieckiego i innych członków Rady Ministrów.

W 2022 r. pozwolenie na utworzenie studiów na kierunku lekarskim od nadchodzącego roku akademickiego otrzymał Katolicki Uniwersytet Lubelski. W październiku 2023 r. kierunek lekarski prawdopodobnie uruchomi Uniwersytet Warszawski, stając się piątą w stolicy

uczelnią kształcąca przyszłych lekarzy. Możliwości kształcenia rozszerzają także niektóre uczelnie medyczne. W styczniu podpisano list intencyjny w sprawie utworzenia filii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Bielsku-Białej. Pierwsi studenci mogą rozpocząć naukę w stolicy Podbeskidzia już za kilka miesięcy. W MEiN na rozpatrzenie ma czekać aż 12 wniosków o zgodę na utworzenie kierunku lekarskiego, ale nie udało nam się tego potwierdzić, choć taka informacja krąży w mediach od tygodni. Na pytanie o liczbę placówek podległych MEiN, w których zostanie uruchomiony kierunek lekarski, resort odpowiada, że jest to uzależnione od zainteresowania samych uczelni i oceny złożonych wniosków.

Adam Niedzielski i Przemysław Czarnek w skokowym wzroście liczby studentów widzą rozwiązanie bolączek publicznej ochrony zdrowia, np. sposób na skrócenie kolejek. Samorząd lekarski ma w tej sprawie odmienne zdanie. Lista obaw co do organizowanego naprędce kształcenia w uczelniach zawodowych jest długa. Naczelna Rada Lekarska (NRL) od dawna zwraca uwagę na pojawiające się nowe problemy, podczas gdy stare wciąż czekają na rozwiązanie. W ocenie lekarzy forsowana przez rządzących zmiana sposobu kształcenia przyszłych lekarzy obniży jego standard, co w naturalny sposób rodzi pytanie o kwestie związane z bezpieczeństwem pacjentów.

NIE MA WYKŁADOWCÓW

Dla dr hab. Magdy Wiśniewskiej z Rady Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) najważniejszym argumentem przemawiającym przeciwko tworzeniu kierunku lekarskiego w kolejnych uczelniach zawodowych są obawy o jakość kształcenia. – Wystarczy zapytać ministrów i parlamentarzystów, którzy korzystają z lecznic rządowych, czy poszliby do lekarza, który ukończył studia w szkole zawodowej gdzieś na prowincji – mówi. Dodaje, że nowe uczelnie mają niewielkie doświadczenie w kształceniu w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

– W mojej opinii nie jest to dobry pomysł, jednak wszystko zależy od tego, jak te studia są zorganizowane, w jaki sposób uczelnie są wyposażone i przede wszystkim, kto w nich będzie uczyć – mówi prof. Janusz Moryś, były rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, obecnie kierownik Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor także ma wątpliwości: – Zastanawiam się, kto będzie kształcił studentów na masowo otwieranych kierunkach lekarskich, skoro

już teraz niektóre uczelnie mają problem ze znalezieniem wykładowców – mówi wiceprezes samorządu lekarskiego.

Jak zauważa Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL, wirtualny stół anatomiczny nie zastąpi zajęć w prosektorium, a bez nich trudno nauczyć się anatomii – jednego z najważniejszych przedmiotów w trakcie studiów medycznych. Niektóre uczelnie nie mają takiego obiektu. Studenci niepublicznej Akademii Medycznych i Społecznych Nauk Stosowanych w Elblągu, w której kierunek lekarski istnieje od kilku miesięcy, na zajęcia jeżdżą aż do Bydgoszczy. To ok. 200 km.

ANATOMIA W PROSEKTORIUM

– Jako anatom uważam, że studenci kierunku lekarskiego powinni się uczyć anatomii w prosektorium, a wszystkie nowe uczelnie winny zabezpieczyć odpowiednią bazę dydaktyczną. Żadne trójwymiarowe rekonstrukcje czy modele nie zastąpią kontaktu ze zwłokami. Z punktu widzenia przyszłego lekarza to ważne z uwagi na styczność z nieuchronną rzeczą, jaką jest śmierć człowieka, szacunek dla zmarłego i jego rodziny, a przede wszystkim

możliwość przekonania się na własne oczy, jak skomplikowanym organizmem jest człowiek i jak wiele zależy od zrozumienia topografii narządów – dodaje prof. Janusz Moryś.

Własnego prosektorium nie ma m.in. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (UKSW) – studenci jeżdżą na zajęcia do Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, która stara się o uruchomienie kierunku lekarskiego, budowę prosektorium ma dopiero w planach. Takim obiektem do niedawna nie dysponował Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, w którego murach kształcenie na kierunku lekarskim rozpoczęło się kilka lat temu.

Brak prosektorium był jednym z powodów wydania negatywnej opinii przez PKA w 2019 r. Komisja miała również zastrzeżenia do kadry prowadzącej kształcenie. Podobne uwagi Komisja skierowała wobec UKSW, co także skończyło się negatywną opinią. – Komisja sprawdza m.in. to, czy uczelnia ma wystarczające zasoby kadrowe, odpowiednią bazę dydaktyczną, czy studenci mają dostęp do laboratoriów



i prosektorium. Zdarza się, że dostaje negatywną opinię PKA, ale dalej może kształcić studentów – mówi Damian Pałtecki. Może, bo obowiązujące przepisy na to zezwalają.

NIE „ZAWODÓWKA”, LECZ UNIwersYTET

Ekspertki podkreślają, że zdobycie dyplomu lekarza jest zwieńczeniem wieloletniego procesu kształcenia, do którego potrzeba czegoś więcej niż auli i sal wykładowych. „Wykształcenie lekarza to nie tylko wyposażenie go w kompetencje czysto zawodowe, ale także wychowanie w szerokim kontekście humanistycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na postawę etyczną, dlatego też ten rodzaj wykształcenia możliwy jest do uzyskania tylko w warunkach uniwersyteckich” – podkreślało Prezydium NRL w apelu do prezydenta Andrzeja Dudy o niepodpisywanie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw. To właśnie te przepisy umożliwiły powstanie „zawodówek” dla lekarzy. Prezydent tego głosu nie posłuchał.

– Samorząd lekarski od dawna apeluje, aby kształcenie przyszłych kadr medycznych odbywało się jedynie w warunkach uniwersyteckich, co naszym zdaniem jest zgodne z regulacjami Unii Europejskiej – mówi prezes NRL Łukasz Jankowski. W jego ocenie forsowane przez rządzących zwiększenie liczby medyków kosztem obniżenia jakości kształcenia doprowadzi do nieuznawania kwalifikacji części polskich lekarzy w innych krajach UE. Niedawno samorząd zwrócił się do Komisji Europejskiej w sprawie interpretacji przepisów dotyczących minimalnych wymogów kształcenia lekarzy, uzasadniając to m.in. troską o pacjentów.

DOCELOWA LICZBA LEKARZY

W ostatnich latach liczba studentów na kierunkach lekarskich wzrosła o prawie 8 tys., a rezydentów o ok. 5 tys. Polski system kształcenia podyplomowego nie przystaje do rosnącej liczby przyjmowanych na studia, a w ślad za powstającymi jak grzyby po deszczu wydziałami lekarskimi nie idzie zwiększanie możliwości kształcenia specjalizacyjnego. Strona rządowa uspokaja, że trzyma rękę na pulsie, ale nie wiadomo, czy władze rzetelnie przeanalizowały, ilu lekarzy będzie potrzebnych w Polsce za 10 czy 15 lat. Do chwili zamknięcia tego numeru z Ministerstwa Zdrowia nie otrzymaliśmy odpowiedzi na pytanie, czy resort nie obawia

się, że w przyszłości liczba absolwentów studiów medycznych w Polsce będzie na tyle duża, że zacznie dramatycznie brakować miejsc specjalizacyjnych. Z kolei MEiN na pytanie o docelową liczbę studentów na kierunku lekarskim, która nie spowoduje przeciążenia szkolnictwa wyższego, odpowiedziało m.in., że „minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki corocznie określa, w drodze rozporządzenia, limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w poszczególnych uczelniach”. Konkretna liczba jednak nie padła.

Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor nie kryje zaniepokojenia. – Nikt nie wie, jakie są realne potrzeby co do liczby lekarzy i jak to będzie wyglądało w przyszłości. Studenti muszą być kształceni w prawidłowy sposób, a obecnie nie ma odpowiedniej kadry ani zaplecza dydaktycznego. Najważniejsza jest jakość kształcenia, a nie liczba studentów – podkreśla.

Mnożą się obawy o to, czy system będzie gotowy do zapewnienia absolwentom kierunków lekarskich odpowiednich możliwości kształcenia specjalizacyjnego oraz satysfakcjonujących warunków pracy i wynagradzania.

– Liczba rezydentur i miejsc akredytacyjnych, także w specjalizacjach uznawanych za priorytetowe, jest zbyt mała. Wielkim problemem są warunki pracy. Lekarze nie chcą wybierać niektórych specjalizacji ze względu na brak zasady *no fault*, tak istotnej zwłaszcza dla zabiegowców. Co z tego, że mamy wielu studentów, skoro w dalszym ciągu nie będzie chętnych do bycia chirurgiem ogólnym? – pyta dr Klaudiusz Komor. I dodaje, że lekarze boją się nieuzasadnionych pozwów.

HISPANIA JAKO OSTRZEŻENIE

Prezes NRL Łukasz Jankowski obawia się, że Polska może pójść śladem Hiszpanii, w której – w porównaniu do liczby mieszkańców – kształcą się sporo lekarzy, ale pacjenci nie odnoszą z tego korzyści, bo znaczna część absolwentów kierunku lekarskiego decyduje się na emigrację. Z danych, którymi dysponuje NIL, wynika, że w Hiszpanii kształcą się rocznie ok. 7 tys. przyszłych

lekarzy na 53 wydziałach, a w ciągu 10 lat liczba zaświadczeń wydawanych lekarzom ubiegającym się o pracę za granicą wzrosła z kilkuset do kilku tysięcy.

Jak mówi prezes NRL, ponad 20 lat temu w Hiszpanii liczba zaświadczeń wydawa-

nych lekarzom planującym pracować za granicą była na podobnym poziomie co obecnie w Polsce. – W Hiszpanii doszło do gwałtownego wzrostu liczby wydziałów medycznych, co doprowadziło do migracji młodych specjalistów. Wielu rozpoczęło studia tylko po to, by wyjechać z kraju – wskazuje Łukasz Jankowski. W Hiszpanii kadry są kształcone „na eksport”, a podatnicy to finansują. Spoglądając na liczne wypowiedzi premiera Mateusza

Morawieckiego i prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego, obóz władzy w Polsce chce takiego scenariusza uniknąć, ale – jak podkreśla samorząd lekarski – decyzje ministra Adama Niedzielskiego i ministra Przemysława Czarńka mogą doprowadzić do powtórki sytuacji z Półwyspu Iberyjskiego.

NIE MA OPTYMIZMU

Prezes NRL odnosi wrażenie, że Ministerstwo Zdrowia obrało strategię, którą można podsumować następująco: „kształćmy jak najwięcej”, tworzymy kierunki lekarskie na jak największej liczbie uczelni, a „jakoś to będzie”. – Samorząd lekarski, w gestii którego za kilka lat będzie przyznawanie prawa wykonywania zawodu przyszłym absolwentom medycyny i który nad wykonywaniem zawodu sprawuje pieczę, nie podziela optymizmu rządzących względem jakości kształcenia – powiedział prezes Łukasz Jankowski w trakcie niedawnego spotkania Rady Organizacji Pacjentów działającej przy Ministerstwie Zdrowia. W opinii prezesa NRL, zamiast „naprawiać” niewydolną publiczną ochronę zdrowia „produkcją” kadr, należy się skoncentrować na poprawie warunków leczenia. – To będzie z korzyścią zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów – podkreślił. W podobny sposób do tej kwestii podchodzi dr Klaudiusz Komor. – Potrzebne jest kompleksowe rozwiązanie polegające na poprawie organizacji i zarządzania w publicznej ochronie zdrowia oraz zatrzymaniu w niej jak największej liczby lekarzy specjalistów – mówi wiceprezes NRL.

OPIEKA MEDYCZNA



Onkologia wreszcie w sieci

Pacjent w centrum systemu i skrócenie ścieżki od diagnozy do zakończenia leczenia – to główne cele Krajowej Sieci Onkologicznej, która ma zmienić czarne statystyki zgonów. Zdaniem krytyków ciągle jest co poprawiać.



Lucyna Krysiak
dziennikarka

Po blisko czteroletnim pilotażu Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO) doczeka się wdrożenia w całym kraju. Wprowadzająca ją ustawa czeka na podpis prezydenta. I choć minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiadał pod koniec stycznia w Sejmie, że sieć fundamentalnie

zmieni model opieki onkologicznej w Polsce, a dla pacjentów dostępne będą procedury stosowane w najnowocześniejszych ośrodkach na świecie, nie brakuje głosów, że rewolucja jest niedopracowana, a większość ośrodków w Polsce nie jest gotowa sprostać nowym wymaganiom.

Po raz pierwszy o koncepcji KSO usłyszeliśmy w 2017 r. 1 lutego 2019 r. ruszył natomiast trwający do końca marca tego roku pilotaż, który najpierw objął województwa dolnośląskie i świętokrzyskie, a potem podlaskie i pomorskie. Od 1 kwietnia 2024 r. sieć ma obowiązywać w całym kraju, zgodnie ze słowami ministra, gwarantując pacjentom „opiekę koordynatora dla każdego pacjenta,

regularne pomiary satysfakcji pacjentów, analizę wskaźników klinicznych i wysoką jakość leczenia”.

Pacjenci potrzebują tego „na wczoraj”. Polska onkologia odstaje od innych krajów europejskich, a wyniki leczenia są o 15-20 proc. gorsze niż np. w Wielkiej Brytanii, Holandii czy w Niemczech. Z najnowszych danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wynika, że w 2020 r. w Polsce odnotowano blisko 146 tys. zachorowań na nowotwory, a prawie 100 tys. osób zmarło z ich powodu. W przedpandemicznym 2019 r., kiedy zgłaszalność do lekarzy była lepsza, zanotowano 171,2 tys. zachorowań (po ok. 85,6 tys. u mężczyzn i u kobiet). Według prognoz KRN w najbliższych latach nastąpi wzrost zachorowań.

CO SIĘ ZMIENI

Priorytetem jest zapewnienie każdemu dorosłemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania opieki onkologicznej opartej na jednakowych standardach diagnostyczno-terapeutycznych. Dlatego po wprowadzeniu KSO świadczenia onkologiczne finansowane przez NFZ przestaną być realizowane poza nią. Pacjent nie będzie „odbijał się” od systemu, szukając placówek i lekarzy, a jego przewodnikiem po systemie – od diagnozy przez leczenie po rehabilitację – będzie koordynator. Pacjent będzie mógł także zadzwonić na onkologiczną infolinię, która, również dzięki SMS-om, ma służyć sprawnej komunikacji i szybkiemu dotarciu do placówek diagnostycznych i leczniczych. W 2019 r. w prowadzącym pilotaż KSO województwie dolnośląskim z infolinią łączono się 2,4 tys. razy, w 2021 r. zaś dziesięć razy częściej – 20,4 tys., a w okresie pandemii wykonano aż 40 tys. połączeń.

Onkolodzy podkreślają, że podstawą leczenia nowotworów jest skuteczna diagnostyka. Dlatego o poprawie wyników leczenia onkologicznego nie można było nawet marzyć bez standaryzacji procedur diagnostycznych, przede wszystkim

oceny histopatologicznej, co wiąże się z akredytacją ośrodków patomorfologicznych i stworzeniem wspólnej bazy badań histopatologicznych. Właśnie kończy się akredytacja diagnostyki patomorfologicznej, a jak podkreśla prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO) prof. Piotr Rutkowski, wprowadzenie oddzielnej wyceny patomorfologii oraz rozpoczęcie akredytacji diagnostyki molekularnej będzie w organizacji KSO kluczowe.

WYRÓWNIANIE STANDARDÓW

W strukturze KSO znajdują się szpitale i placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które podpiszą z NFZ odpowiednią umowę w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. Sieć składać się będzie ze specjalistycznych ośrodków leczenia onkologicznego (SOLO) I, II i III poziomu referencyjnego wraz z centrami kompetencji, ośrodkami satelitarnymi i ośrodkami kooperacyjnymi.

**Ministerstwo
Zdrowia
zapowiada,
że z udoskonalonego
leczenia będzie
można skorzystać
już w tym roku**

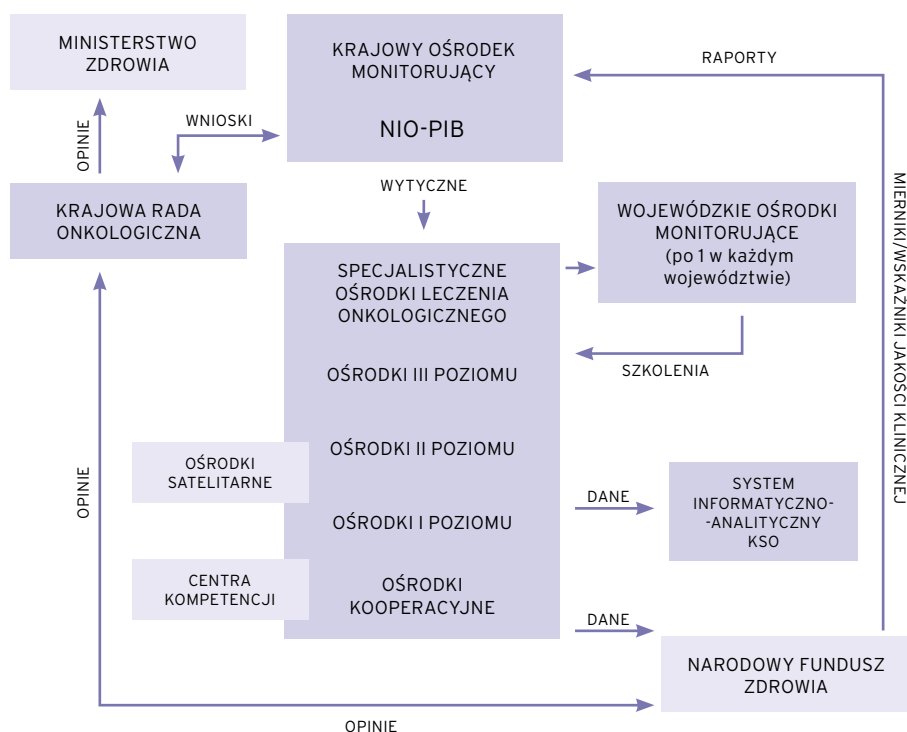
- Taka struktura jest zgodna z zapisami Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) i odzwierciedla postępowe wzorce organizacyjne z krajów Europy Zachodniej, gdzie również opieka onkologiczna składa się z ośrodków różnej referencyjności i oceny wskaźników oraz mierników jakościowych – tłumaczy prof. Rutkowski.

A dr. hab. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu oraz przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii (KRdSO), dodaje, że choć nie wszystkich chorych będzie można diagnozować i leczyć w centrach onkologii, dzięki wyrównaniu standardów pacjent będzie mógł korzystać z konsyliów, na których są podejmowane decyzje terapeutyczne, jakoś świadczonych usług będzie porównywalna. - Dlatego niezbędna jest koordynacja między szpitalami – mówi dr. hab. Adam Maciejczyk. I dodaje: - Sieć jest jedyną realną drogą do poprawy sytuacji w polskiej onkologii i obniżenia umieralności z powodu nowotworów.

Kiedy wejdą zmiany? - Wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej to proces, który będzie trwał miesiącami. Może nawet potrwa kilka lat – twierdzi dr. hab. Maciejczyk. - Jest wiele elementów wymagających dopracowania. Najważniejsze jest skrócenie drogi od postawienia diagnozy do leczenia oraz objęcie pacjenta kompleksową opieką, co trzeba zrobić natychmiast – zaznacza.

NIE WSZYSCY SIĘ CIESZĄ

Optymizmu związanego z wprowadzeniem KSO nie podziela prof. Cezary Szczylik, członek Rady Ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej. - Mankamentów, głównie dotyczących przyczyn późnego wykrywania nowotworów w Polsce, nie da się wyeliminować, kierując największy strumień pieniędzy do dużych ośrodków onkologicznych, już wyposażonych i dobrze funkcjonujących. W praktyce bowiem wykrywanie nowotworów odbywa się w mniejszych placówkach, nie tylko onkologicznych, i to one powinny być wyposażone zarówno w sprzęt, jak i wyspecjalizowany personel medyczny – przekonuje ekspert NRL.

SCHEMAT KRAJOWEJ SIECI ONKOLOGICZNEJ

ZŹRÓDŁO: MINISTERSTWO ZDROWIA

Jego zdaniem problemów polskiej onkologii i tzw. ścieżki diagnostycznej w ramach karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) jest co najmniej kilka. I wylicza: – Niedoszacowane są liczby odpowiednio przeszkolonych specjalistów, którzy opisują badania obrazowe wymagane algorytmami postępowania (tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego), a także badania patomorfologiczne, gdzie czas oczekiwania na ostateczne wyniki przekracza 6-12 tygodni. KSO powinna przewidzieć, jakie jest zapotrzebowanie na specjalistów czy liczbę i rozlokowanie aparatury diagnostycznej. Dołożenie pieniędzy do patomorfologii czy radiologii niewiele zmieni, ponieważ brakuje patologów, radiologów i zachęty finansowej w deficytowych specjalizacjach do pracy w małych ośrodkach.

– Stworzenie kilkusetstronicowego dokumentu KSO bez uwzględnienia badania pilotażowego wskazuje, że decyzje o sieci zapadły wcześniej i opinie zewnętrzne nie były brane pod uwagę. Uważam, że

we wszystkich placówkach, niezależnie od stopnia referencyjności, chorzy są leczeni na podobnym poziomie i dzielnie pieniędzy przez NFZ na podstawie stopnia referencyjności jest krzywdzące. Wyjątkiem jest Narodowy Instytut Onkologii, którego zadaniem byłyby autorskie badania naukowe, budujące

bazę intelektualną dla przyszłych pokoleń onkologów – podsumowuje prof. Cezary Szczylik.

Obaw nie kryli także posłowie opozycji, którzy w Sejmie punktowali niedociągnięcia projektu. Jerzy Hardie-Douglas z Koalicji Obywatelskiej nazwał ustawę „listą pobożnych życzeń” i dodał, że podczas gdy spo-

śród 170 tys. Polek i Polaków żyjących z chorobą nowotworową umiera 100 tys. osób, a ponad milion osób żyje ze zdiagnozowaną chorobą, w Polsce jest tylko 2 tys. onkologów, co jest jednym z najgorszych wyników w Europie. Cytał też prof. Jacka Jassemę, przewodniczącego Central and East European Oncology Group, według którego projekt zakłada hierarchiczną, scentralizowaną,

biurokratyczną strukturę organizacji opieki onkologicznej.

„Zawiera nieprzejrzyste zarządzanie, ustanawia wyższość jednych ośrodków nad drugimi, przy czym nie są one wyłaniane na podstawie kryteriów jakościowych, a raczej politycznych, bez uwzględniania ich potencjału naukowo-badawczego i rzeczywistego doświadczenia w leczeniu poszczególnych nowotworów. Centra monitorowania, krajowe i wojewódzkie, przewidziane w ustawie, mają monitorować jednocześnie same siebie i inne ośrodki lecznicze, co stwarza ewidentny konflikt interesów” – cytował prof. Jassemę poseł Hardie-Douglas.

KROK W PRZYSZŁOŚĆ

Zdaniem prezesa Polskiej Unii Onkologii, dr n. med. Janusza Medera, niezależnie od potknięć, które mogą się pojawić w trakcie realizacji celów określonych w KSO, sieć stanowi miłowy krok w przyszłość. – Na raka codziennie umierają ludzie i nie ma czasu dywagować, czy to dobry projekt, czy nie. Należy go jak najszybciej wdrożyć, ale z rozwagą, zbierając dane, wnikliwie je analizując, weryfikując i stopniowo eliminując jednostki, które nie spełniają kryteriów – podsumowuje dr Meder.

Spośród 170 tys. żyjących z chorobą nowotworową umiera 100 tys., a ponad milion żyje z diagnozą; onkologów jest tylko 2 tys.

PILOTAŻ KSO WZBUDZA WĄTPLIWOŚCI

Opublikowany w połowie lutego 2023 r. przez resort zdrowia Syntetyczny Raport Końcowy dotyczący pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej nie potwierdza skuteczności wielu wprowadzonych tam rozwiązań. To sugerowałoby, że należy zachować ostrożność w powielaniu schematu zastosowanego w czterech województwach (dolnośląskim, kieleckim, pomorskim i białostockim) w pozostałych dwunastu. Celem pilotażu była ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach KSO, która z założenia ma zapewnić kompleksowe i bardziej skuteczne zarządzanie opieką onkologiczną pacjentów z chorobą nowotworową. Ma również połączyć szpitale onkologiczne w system dostosowany do ich potrzeb. Raport nie pokazuje, jak te rozwiązania sprawdziły się w praktyce w województwach objętych pilotażem, trudno więc na tej podstawie wnioskować, że będą skuteczne w całym kraju. W raporcie wykazano m.in. istotne różnice wyników w regionach. Jedną z przyczyn – zdaniem autorów raportu – może być odmienna struktura placówek realizujących pilotaż w poszczególnych województwach

i stopień zaangażowania świadczeniodawców w realizację projektu. Autorzy opracowania zwrócili uwagę na brak precyzyjnego opisu procedur medycznych oraz minimalnych standardów dla ich realizacji koniecznych do określenia stopnia zaawansowania choroby nowotworowej. Wskazali także niekompletność informacji o sprawozdanych świadczeniach w ramach aktualnej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej – z zastrzeżeniem, że w polskiej ochronie zdrowia nie funkcjonuje system zbierania danych w czasie rzeczywistym (online) wraz z informacją o wynikach (baza opisów badań radiologicznych i histopatologicznych) zrealizowanych na rzecz pacjenta świadczeń (również z prywatnych podmiotów nieposiadających umowy z NFZ). W związku z tym trudno ocenić zasadność powtarzalności badań diagnostycznych. Widzą więc konieczność przygotowania tzw. kompletnego pakietu regulacji, które skorygują te i inne błędy. Upublicznienia podsumowania pilotażu od miesięcy domagało się środowisko onkologów, organizacje pacjenckie i posłowie, którzy w Sejmie głosowali nad projektem ustawy o KSO.

ROZMOWA

Patomorfologia UDŹWIGNIE SIĘ

Standaryzacja badań i akredytacja zakładów gwarantuje odpowiednią jakość badań. Nie ma obaw, że Krajowa Sieć Onkologiczna się potknie – zapewnia **prof. Andrzej Marszałek**, konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii w rozmowie z Karoliną Kowalską.



Przeciwnicy Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO) twierdzą, że nie ma ona prawa zafunkcjonować ze względu na zbyt małą liczbę patomorfologów, która z kolei przekłada się na zbyt małą liczbę badań i zbyt późne rozpoznania.

Patomorfologów z roku na rok systematycznie przybywa, również dlatego że patomorfologia została uznana za specjalizację priorytetową. W jesiennej sesji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego przybyło dziewięciu nowych specjalistów, a do tegorocznej sesji wiosennej przystąpi ponad 20 osób. Według Centralnego Rejestru Lekarzy w Polsce jest dziś 884 patomorfologów, w rzeczywistości wykonujących zawód jest ponad 430, a w ciągu ostatnich kilku lat przybyło ponad 100 specjalistów. To wciąż za mało, ale sytuacja nie jest tak katastrofalna, jak przedstawiają ją krytycy.

Co jednak z badaniami? W lutym portal tvn24.pl cytował dane NFZ za 2022 r., zgodnie z którymi w zaplanowanym terminie wykonano 66 proc. diagnostyki wstępnej i 72 proc. diagnostyki pogłębianej. Tymczasem w 2021 r. w terminie wykonano 75 proc. diagnostyki wstępnej, a w 2020 r. – 74 proc. Nie zapominajmy, że dane za 2020 i 2021 r. dotyczą specyficznego czasu pandemii, kiedy zgłaszalność do lekarzy wszystkich specjalności, również onkologów, była niska, badań patomorfologicznych wykonywano więc mniej. Nałóżmy na to specyfikę roku 2022 – popandemicznego, kiedy chorzy, którzy dotychczas unikali kontaktu z systemem ochrony zdrowia, wręcz gromadnie udali się do lekarzy. Podejrzeń nowotworów, a tym samym badań, było w 2022 r. dużo więcej niż w latach pandemicznych i opóźnienia, które przedstawiono procentowo, mogły wynikać właśnie z dużo większej liczby materiałów do badania. Opóźnienia w realizacji kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) nie są spowodowane wyłącznie badaniami patomorfologicznymi.

Polska patomorfologia jest więc przygotowana do udźwignięcia KSO? Mówię „udźwignięcia”, bo diagnostyka patomorfologiczna jest przecież podstawą leczenia onkologicznego.

Badanie patomorfologiczne pozwala nie tylko potwierdzić kliniczne podejrzenie choroby nowotworowej, ale także zdecydować o ścieżce terapeutycznej, co dziś, w dobie gwałtownego rozwoju nauki i erze celowanych terapii, ma szczególne znaczenie dla leczenia. Przy okazji dyskusji o KSO pojawiło się mnóstwo głosów krytycznych wobec patomorfologii, cytujących wyniki raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) z 2019 r., z którego wynikało, że w Polsce nie ma odpowiedniego dostępu do diagnostyki patomorfologicznej. NIK wskazywał na problem sygnalizowany przez patomorfologów od lat – brak odrębnej wyceny procedur patomorfologicznych. Były one „zaszyte” w kosztach procedur chirurgicznych i szpitale na nich oszczędzały, zlecając je podwykonawcom. Ponieważ wyłonienie wykonawców odbywało się na zasadzie przetargu, wygrywały najczęściej te firmy, które oferowały cenę najniższą. Dochodziło do niebezpiecznych patologii, w których diagnostykę raka piersi wyceniano na 5 zł, podczas gdy realny koszt badania takiego nowotworu wraz z badaniami immunohistochemicznymi wynosi ponad 1,5 tys. zł. Jednak już w 2018 r. Polskie Towarzystwo Patologów (PTPaT) podjęło starania o wyodrębnienie wyceny procedur patomorfologicznych, tak zwanych JGPato, które funkcjonują od 2021 r. Mamy zapewnienie Ministerstwa Zdrowia, że wkrótce zostanie wdrożone pełne finansowanie badań.

To znaczy, że obawy krytyków KSO, przynajmniej te dotyczące patomorfologii, są bezpodstawne?

Zadaliśmy o to, by badania patomorfologiczne wykonywane w ramach KSO – a tylko takie mają być finansowane ze środków NFZ – były wykonywane zgodnie ze standardami. Równoległe z pracami nad JGPato, w które zaangażowali się patomorfolodzy z wiodących ośrodków w Polsce, trwała standaryzacja procedur oraz prace nad akredytacją zakładów patomorfologii. Obecnie akredytacja może się pochwalić ponad 30 zakładów patomorfologii. Z kolei standardy badań patomorfologicznych sprawiają, że we wszystkich zakładach patomorfologii materiał do badania jest opracowany w ten sam sposób, eliminując wykonywanie „poprawek” czy „uzupełnień” w kolejnym miejscu.

PROF. ANDRZEJ MARSZAŁEK

– konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Patologów, dyrektor ds. medycznych Wielkopolskiego Centrum Onkologii, kierownik Katedry i Zakładu Patologii i Profilaktyki Nowotworów Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Tajemnica NADMIAROWYCH ZGONÓW

Obawiam się, że nigdy się nie dowiemy, dlaczego liczba nadmiarowych zgonów z powodu COVID-19 odstawiała od innych krajów Europy – mówi **prof. Bogdan Wojtyniak**, zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

1 Pandemia przełożyła się na wyższą liczbę zgonów na całym świecie, jednak Polska pod względem liczby nadmiarowych zgonów znacznie odstawiała od innych krajów Europy. Dlaczego tak się stało?

Dotychczasowe twarde dane nie pozwalają udzielić jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Obawiam się, że może nigdy nie rozwikłamy tej zagadki. Faktem jest, że w latach 2020-2021 mieliśmy szacunkowo ok. 184 tys. zgonów więcej, niż można by oczekiwać, opierając się na dotychczasowych trendach. Ta nadwyżka wyniosła ok. 23 proc. Z powodu COVID-19 w tych dwóch latach zmarło ok. 134 tys. osób, co oznacza, że zgony covidowe w trzech czwartych odpowiadają za zgony nadmiarowe. Trudno porównywać Polskę z innymi krajami, bo na świecie panowały bardzo różne obostrzenia i wprowadzano je w różnym czasie. Obowiązywały inne zasady testowania i odmienne procedury orzekania o zgonach przypisywanych zakażeniu SARS-CoV-2. Wiadomo, że Polacy żyją krócej od obywateli większości krajów Unii Europejskiej, więc stan naszego zdrowia jest przeciętnie gorszy, ale to jeszcze nie tłumaczy różnicy w liczbie zgonów covidowych. Może częściowo, ale trudno powiedzieć w jakim stopniu.



*Warto pytać
pacjentów o to,
czy byli zakażeni
koronawirusem*

2 Gdzie nadwyżka zgonów była najbardziej widoczna?

W województwach: podkarpackim, podlaskim i lubelskim. Tam w odniesieniu do liczby mieszkańców było więcej zarówno zgonów nadmiarowych, jak i covidowych. Z powodu COVID-19 największą zachorowalność obserwowano wśród osób w wieku 45-64 lata, ale największa umieralność była wśród jeszcze starszych, którzy – jak się łatwo domyślić – częściej chorują przewlekłe i są obciążeni wielochorobowością. Z danych wynika, że pandemia COVID-19 przyczyniła się do większej umieralności z powodu takich chorób jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, choroby wątroby.

3 Nie za każdym razem da się określić przyczynę zgonu w sposób niebudzący wątpliwości. Na ile wiarygodne są dane zawarte w statystykach?

To pytanie niezwykle istotne z punktu widzenia możliwości monitorowania stanu zdrowia społeczeństwa. Informacje o przyczynach zgonów są jednym z podstawowych narzędzi służących do oceny skuteczności działań polityki zdrowotnej. Odnoszę wrażenie, że część lekarzy nie zdaje sobie sprawy, jak ważna jest informacja, którą podają w karcie zgonu.

Na karcie zgonu lekarz stwierdzający zgon ma obowiązek wpisać trzy przyczyny: bezpośrednią chorobę albo uraz, która stała się ostateczną przyczyną zgonu; wtórną, prowadzącą do bezpośredniej przyczyny zgonu oraz wyjściową (pierwotną) – chorobę lub okoliczności wypadku (przyczynę zewnętrzną), urazu, zatrucia, które zapoczątkowały łańcuch zdarzeń chorobowych prowadzących bezpośrednio do zgonu. Jak dotychczas w Polsce analizowane są tylko wyjściowe przyczyny zgonu, bo ich analiza jest zalecana przez WHO, ale są prowadzone przygotowania do uwzględnienia wszystkich trzech przyczyn.

4 Czy w statystykach widać dług zdrowotny, który pojawił się w związku z pandemią?

Tak. W Polsce cały czas utrzymuje się pewna nadwyżka zgonów – wprawdzie nieduża, ale nadal występuje wśród osób starszych. Stan zdrowia części osób, które przechorowały COVID-19, pogorszył się, a szkody, jakie wyrządziła pandemia ludziom na całym świecie, będą odrabiane przez wiele lat. Wydaje mi się, że w trakcie wywiadu lekarskiego warto pytać pacjentów o to, czy byli zakażeni koronawirusem, bo niektórzy mogą wymagać dodatkowej opieki. To może pomóc w ograniczeniu długu zdrowotnego.

1 Czy pandemia w jednakowy sposób wpłynęła na długość życia kobiet i mężczyzn?

Bez wątpienia wywarła bardziej negatywny wpływ na mężczyzn. W 2021 r. ich długość życia była o ok. 2,3 roku krótsza niż w 2019 r., czyli przed pandemią, a długość życia kobiet zmniejszyła się o 2,1 roku. Co ciekawe, pierwszy rok pandemii okazał się szczególnie groźny dla mężczyzn, bo długość ich życia uległa skróceniu aż o 1,5 roku, podczas gdy kobiet o rok. W 2021 r. długość życia mężczyzn wyniosła 71,7 roku, a kobiet 79,6 roku.

1 Prawie osiem lat różnicy to sporo. Jakże są tego przyczyny?

Odpowiedź nie jest prosta, ponieważ na zdrowie wpływa wiele czynników. Do pewnego stopnia tę różnicę można tłumaczyć mniejszą troską mężczyzn o stan zdrowia. Panowie prowadzą bardziej niezdrów tryb życia, rzadziej przejmują się różnymi dolegliwościami, a w czasie pandemii częściej rezygnowali z zaplanowanych badań lekarskich, ale to nie do końca wyjaśnia m.in. różnicę zaobserwowaną w pierwszym roku po pojawieniu się wirusa SARS-CoV-2 w Polsce. Sprawa jest bardzo trudna w jednoznacznej interpretacji. Cały czas szukamy odpowiedzi, co wymaga zgromadzenia jeszcze wielu danych. Być może pewną rolę odegrały szczepienia przeciw COVID-19, które na masową skalę rozpoczęły się w 2021 r.

1 Z danych zawartych w najnowszym raporcie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-Państwowego Instytutu Badawczego „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” za lata 2020-2021 wynika, że mężczyźni najdłużej żyją w Sopocie, a najkrócej w powiecie makowskim. Dlaczego tak się dzieje?

W wyniku pandemii długość życia mieszkańców powiatu makowskiego uległa skróceniu o około trzy lata, podczas gdy mężczyzn w Sopocie nie uległa zmianie. Ale to tylko jedna z przyczyn. Z bardziej szczegółowych danych wynika, że w Sopocie i Makowie Mazowieckim mieszkają inne społeczności – sopocianie są przeciętnie lepiej wykształceni niż makowianie, a od dawna wiadomo, że z poziomem wykształcenia wiążą się odmienne zachowania zdrowotne. Spójrzmy do statystyk: umieralność z powodu chorób odalkoholowych jest znacznie większa w powiecie makowskim niż w Sopocie, co oznacza, że mieszkańcy tego powiatu spożywają znacznie więcej alkoholu. Podobnie jest z częstotliwością występowania zgonów

NA CO UMIERAMY?

Najczęstszą przyczyną zgonów mieszkańców Polski w 2021 r. były choroby układu krążenia (34,8 proc.). Udział zgonów z powodu nowotworów złośliwych (18,0 proc.) i COVID-19 był prawie identyczny (17,9 proc.), ale to raczej skutek orzekania o COVID-19 jako przyczynie zgonu osób chorujących równocześnie na nowotwór i COVID-19 – wynika z najnowszej edycji cyklicznego raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. Jego wieloletnim współtwórcą i głównym redaktorem jest prof. Bogdan Wojtyniak – zastępca dyrektora w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH-Państwowym Instytucie Badawczym, kierownik Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności.

spowodowanych rakiem płuca, którego wywołuje przede wszystkim palenie tytoniu – pod tym względem Maków również zdecydowanie wyprzedza Sopot. Analogicznie jest ze zgonami spowodowanymi cukrzycą, co może wskazywać, że wśród mieszkańców Makowa i jego okolic prawdopodobnie częściej występuje otyłość. W latach 2020-2021 różnica długości życia mężczyzn między tymi dwoma powiatami wyniosła ok. 9,5 roku.

1 Czyli mieszkańcy obu powiatów zmagają się z tymi samymi chorobami, ale w Sopocie występują one w innej skali?

Dokładnie tak. Dodam, że według szacunków międzynarodowych zachowania zdrowotne odpowiadają za ok. 43 proc. ogółu zgonów. W tym kontekście ważna jest rola lekarzy, zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, aby zwracali pacjentom uwagę na styl życia.

1 Kilka lat temu ze statystyk wynikało, że najkrócej żyją mieszkańcy województwa łódzkiego, a najdłużej Podkarpacia. Tę różnicę tłumaczono m.in. częstszym spożywaniem alkoholu i paleniem papierosów. Co się zmieniło w świetle ostatnich danych?

Wyraźne różnice długości życia między niektórymi regionami są faktem. W województwie łódzkim nadal żyje się krócej niż na Podkarpaciu, ale różnica się zmniejszała. Pandemia COVID-19 wywarła bardziej negatywny wpływ na Podkarpacie, co wydaje się trochę zaskakujące z uwagi na to, że mieszkańcy tego regionu byli przeciętnie zdrowsi, a z licznych badań wiadomo, że zakażenie wirusem SARS-CoV-2 bardziej odbija się na osobach schorowanych. Na razie nie potrafimy jeszcze udzielić odpowiedzi na pytanie o przyczyny tej zmiany, ale jest ona zauważalna.

1 Z danych za lata 2020-2021 wynika, że kobiety, podobnie jak mężczyźni, najdłużej żyły w Sopocie. Na drugim miejscu jest Gdynia, a najszybciej umierały mieszkanki Chorzowa.

Stan zdrowia ludności w tym śląskim mieście od dawna jest zły. W dużym stopniu odpowiada za to palenie i alkohol. Częstotliwość zgonów spowodowanych rakiem płuca i chorobami alkoholowymi najbardziej różni mieszkanki Chorzowa i Sopotu i stąd w dużym stopniu wynika różnica długości ich życia – ok. 6,2 roku.

1 Na ile ważne w zachowaniu zdrowia jest wykształcenie?

Jeżeli chodzi o długość życia, to więcej na ten temat będziemy mogli powiedzieć po opublikowaniu przez Główny Urząd Statystyczny szczegółowych danych o wykształceniu Polaków z ostatniego spisu powszechnego, ale z wielu dotychczasowych badań i analiz, zarówno polskich,

jak i międzynarodowych, jednoznacznie wynika, że osoby lepiej wykształcone bardziej troszczą się o swoje zdrowie. Nawiasem mówiąc, między innymi lepszym wykształceniem można częściowo wyjaśniać przyczynę dłuższego życia kobiet w porównaniu z mężczyznami. Osoby z dyplomem wyższej uczelni mają większe kompetencje zdrowotne. Dysponują większą wiedzą o zdrowiu i łatwiej poruszają się w systemie ochrony zdrowia od osób słabiej wykształconych. Niebagatelną rolę odgrywa sytuacja ekonomiczna – lepiej wykształceni zarabiają więcej, co wpływa na przykład na ich sposób odżywiania. Mamy wiarygodne dane wskazujące na to, że spożycie warzyw i owoców wyraźnie wzrasta wraz ze stopniem zamożności, a zbilansowana dieta to jeden z najważniejszych czynników prozdrowotnych. ■■■

**Informacje,
które podaje się
w karcie zgonu,
są bardzo ważne**

Lekarz to nie urzędnik

Naczelna Rada Lekarska apeluje o zwolnienie lekarzy z obowiązku określania poziomu refundacji na receptach. Resort zdrowia zobowiązał się do tego już pięć lat temu w porozumieniu z rezydentami, jednak słowa nie dotrzymał.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna

Pilnej zmiany przepisów, która znie-
sie obowiązek określania przez
lekarzy i lekarzy dentystów po-
ziomu refundacji ordynowanych
leków oraz środków spożywczych
specjalnego przeznaczenia żywienio-
wego, domaga się Prezydium Naczelnej
Rady Lekarskiej (NRL). W stanowisku
z 10 lutego 2023 r. przypomina, że sa-
morząd lekarski wielokrotnie zwracał
uwagę, że lekarz nie może odpowiadać
za konsekwencje wadliwych regulacji
i nie może być za nie karany.

„Rolą lekarza jest leczenie pacjentów,
a nie wykonywanie czynności admini-
stracyjno-biurokratycznych, polegają-
cych m.in. na czasochłonnej weryfikacji
poziomu odpłatności na wystawianych re-
ceptach. Odwlekanie decyzji o zwolnieniu
lekarzy z określania poziomu refundacji
skutkuje nawarstwianiem się problemów
na linii pacjent – lekarz – Narodowy Fun-
dusz Zdrowia (NFZ), czego dobitnym przy-
kładem jest aktualna, szeroko komento-
wana w przestrzeni publicznej, sprawa
związana z karaniem lekarzy, wystawia-
jących refundowane recepty na preparat
mlekozastępczy, rekomendowany w przy-
padku dzieci wykazujących ostre reakcje
alergiczne na inne tego typu produkty”
– czytamy w stanowisku.

MIESIĘCZNA KURACJA ZA 1,4 TYS. ZŁ

Chodzi o 1,7 tys. kontroli, które NFZ prze-
prowadził w latach 2021-22 w sprawie
ordynacji preparatu mlekozastępczego.
Urzednicy skontrolowali recepty wysta-
wione aż do 2014 r. i nałożyli na lekarzy
kary na łączną kwotę ponad 5,3 mln zł.

Preparat jest stosowany u niemow-
ląt z alergią na białko mleka krowiego,

w złożonej nietolerancji białek pokarmo-
wych i w innych schorzeniach, w których
wskazana jest dieta elementarna. Jego
jedno opakowanie bez refundacji kosztu-
je ok. 150 zł, co sprawia, że miesięczna
kuracja kosztuje ok. 1,4 tys. zł. Ryczałt
wynikający z refundacji wynosi 3,2 zł,
co redukuje koszt miesięcznej kuracji
do ponad 30 zł.

Kary dotyczyły najczęściej tych lekarzy,
którzy zapisywali dzieciom powyżej pierw-
szego roku życia preparat, który zgodnie
ze wskazaniami refundacyjnymi przezna-
czony jest dla dzieci do 12 miesięcy. NFZ
stoi na stanowisku, że w ich przypadku re-
fundacja była nienależna i żąda od lekarzy
zwrotu różnicy między ryczałtową ceną
leku a ceną rynkową wraz z odsetkami.
W wielu przypadkach na lekarzy nałożono
kary przekraczające 100 tys. zł.

ZAWIŁOŚCI ADMINISTRACYJNE

Z czego wynikają kłopoty z określaniem
refundacji? Obecnie na rynku dostępne
są cztery produkty aminokwasowe, z któ-
rych każdy przeznaczony jest do leczenia
pacjentów z tymi samymi wskazaniami.
Każdy jednak podlega innym wskazaniom
refundacyjnym, co powoduje zawiłości
administracyjne.

Prezes NRL Łukasz Jankowski podczas
lutowego spotkania z ukaranymi przez
Fundusz Lekarzami w siedzibie Naczel-
nej Izby Lekarskiej podkreślał, że lekarz
nie może ponosić odpowiedzialności za
błędy wynikające z wysokości refunda-
cji. – Ma się zajmować pacjentem, a nie
zastanawiać się nad ustalaniem poziomu
odpłatności – mówił prezes Jankowski. Za-
znaczył, że lekarz wykonujący swoje obo-
wiązki ma na względzie przede wszystkim
dobro pacjenta. Planując przebieg terapii,

podejmuje decyzje nie tylko wedle wy-
tyczonych przez standardy procesu
postępowania, lecz także na podstawie
odmienności chorobowych dziecka.

Przytoczył też opinię prof. Mieczysła-
wy Czerwionki-Szaflarskiej, konsultant
krajowej w dziedzinie gastroenterologii
dziecięcej, która w piśmie do ministra
zdrowia zaznaczyła, że preparaty ami-
nokwasowe, których dotyczy kontrola
NFZ, stanowią jeden z podstawowych
elementów diety pacjentów borykają-
cych się z ciężkim przebiegiem alergii
czy nietolerancji pokarmowej. Jej zda-
niem zawsze mogą wystąpić sytuacje
kliniczne, w których pacjent z uwagi
na ciężki przebieg alergii lub powikłań
może wymagać dłuższej terapii produk-
tem spożywczym przeznaczonym dla
niemowląt.

KARY Z ODSETKAMI

Lekarze, którzy przyjęli zaproszenie
do NIL, podkreślali, że czują się karani za
ratowanie życia dzieci. Zapłacenie – ich
zdaniem niesprawiedliwych i nienależnych
– kar znacznie przekracza ich możliwości
finansowe. W dodatku zmuszeni są zapła-
cić kary z odsetkami.

NRL stoi na stanowisku, że podczas
kontroli urzędnicy NFZ powinni konsul-
tować się z medykami. Dlatego zapro-
ponowała stworzenie zespołu złożonego
z przedstawicieli samorządu lekarskiego
i konsultantów krajowych w dziedzinach
alergologii, pediatrii i gastroenterologii
dziecięcej, który byłby wsparciem dla NFZ
w merytorycznej ocenie postępowania le-
karskiego w procesie kontroli refundacji.
Pozwoliłoby to także na zindywidualizowa-
nie oceny zasadności postępowania leka-
rza w zakresie przepisywania preparatu.



W lutym w siedzibie NIL odbyło się spotkanie z ukaranymi przez NFZ lekarzami

Przypomnijmy, że zgodnie z paragrafem 16. porozumienia, które 8 lutego 2018 r. ówczesny minister zdrowia Łukasz Szumowski podpisał z Porozumieniem Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, szef resortu zdrowia miał do końca 2018 r. przedłożyć Radzie Ministrów „projekty stosowanych aktów prawnych zdejmujących z lekarza konieczność określania poziomu refundacji leku na receptę”. Zmiany miały wejść w życie „wraz z przejściem na recepty elektroniczne (e-recepty), nie później jednak niż do końca 2019 r.”.

Zapytaliśmy Ministerstwo Zdrowia, co spowodowało ponadtrzyletnie opóźnienie i kiedy można się spodziewać prac legislacyjnych w tym kierunku. – Pracujemy nad wprowadzeniem do e-recept specjalnego algorytmu, który pomoże w określaniu refundacji leków przy wypisywaniu ich przez lekarzy – odpowiedziało krótko Biuro Komunikacji resortu.

O staraniach samorządu lekarskiego, by lekarze nie musieli określać stopnia refundacji na receptach, „Gazeta Lekarska” pisała już w wydaniu lutowym. Prezes NRL Łukasz Jankowski podczas listopadowego

spotkania z wiceministrem zdrowia Piotrem Bromberem zaproponował utworzenie zespołu roboczego, który stworzy uproszczony słownik refundacyjny. Słownik miałby pomóc w automatyzacji procesu i zniesieniu określania stopnia refundacji przez lekarzy. Choć kolejne spotkanie zaplanowano na styczeń, prace stanęły w miejscu. Ministerstwo nie wróciło do samorządu z informacją na temat ewentualnego składu zespołu, który zdaniem prezesa Jankowskiego powinni tworzyć przedstawiciele NRL, resortu i Centrum e-Zdrowia.



Warsztaty kardiologii interwencyjnej po raz 27. w Warszawie

Po trzech latach przerwy najstarsze warsztaty kardiologii interwencyjnej w Polsce – WCCI – wracają do formuły hybrydowej. 27. edycja Warsaw Course on Cardiovascular Interventions odbędzie się 19-20 kwietnia 2023 r.

WCCI, czyli Warsztaty Kardiologii Interwencyjnej w Warszawie, to największa, najstarsza i najbardziej prestiżowa międzynarodowa konferencja z zakresu kardiologii interwencyjnej w Polsce. Jak mówi prof. Robert Gil, dyrektor WCCI i prezes elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, choć impreza jest międzynarodowa, skierowana jest głównie do lekarzy pracujących w Polsce. – Podczas WCCI stawiamy mnóstwo pytań, przypominamy, co dzieje się w kardiologii interwencyjnej na świecie, porównujemy do tego, co jest u nas, czego brakuje i zastanawiamy się, o co zabiegać, aby być nadal skutecznymi w leczeniu pacjentów z chorobami wieńcowymi – tłumaczy prof. Gil.

Prof. Gila i drugiego z dyrektorów WCCI, prof. Adama Witkowskiego, past prezesa PTK, cieszy powrót również do stacjonarnej formy konferencji.

– Wracamy do niej po trzech pandemicznych latach. Najważniejsze warsztaty i wykłady będą wprawdzie rejestrowane, ale zależy nam na fizycznej obecności uczestników. Jesteśmy zdania, że formuła online rozluźnia związki międzyludzkie i upraszcza proces edukacyjny. W kardiologii interwencyjnej bardzo dużo zależy od doświadczenia klinicznego, a różne sztuczki manualne decydują o tym, że radzimy sobie z trudnościami anatomicznymi. Musimy radzić sobie w bardzo trudnych sytuacjach, np. w bardzo rozwiniętej miażdżycy niełatwo pokonać zwężenia i zamknięcia, doprowadzić stent i przywrócić przepływ w naczyniach. Taką wiedzę najlepiej przyswajają na sali wykładowej, gdzie można zadać pytania wykładowcy czy dopytać

go w kularach. Dlatego postanowiliśmy z prof. Adamem Witkowskim, że chcemy na żywo widzieć uczestników – tłumaczy prof. Robert Gil.

W pierwszej edycji organizowanej wiosną 1997 r. w Szczecinie, jeszcze pod nazwą Zachodniopomorskie Warsztaty Hemodynamiczne, uczestniczyło ponad sto osób. Obecnie konferencje WCCI gromadzą corocznie około 1000 uczestników, w tym kardiologów, kardiologów interwencyjnych i kardiochirurgów z Polski oraz ze świata, a także przedstawicieli innych dziedzin medycyny zaangażowanych w leczenie kardiologiczne.

Warsztaty organizowane są pod auspicjami Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) we współpracy z EAPCI i EuroPCR. Program współtworzą przedstawiciele Asocjacji Intensywnej Terapii Kardiologicznej PTK, Euro CTO Club oraz grupa Euro4C EAPCI.



WCCI
WARSZTATY KARDIOLOGII
INTERWENCYJNEJ
W WARSZAWIE



AMPUTACJA KOŃCZYNY BEZ WYRAŻNEJ ZGODY NIEMOŻLIWA

Każdy ma prawo odmówić leczenia, nawet jeśli powodowałoby to zagrożenie jego życia. Dlatego precyzyjnie wyrażoną wolę pacjenta, który wie o skutkach swojej decyzji i na nie się godzi, trzeba uszanować.

Aleksandra Kosiorek radca prawny **Damian Konieczny** adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

Na szpitalny oddział ratunkowy jednego ze szpitali trafił przytomny pacjent wymagający pilnej pomocy lekarskiej. Po zbadaniu lekarz ustalił, że dla ratowania zdrowia i niechybnie również życia pacjenta konieczna jest natychmiastowa amputacja kończyny. Szczegółowo poinformowano go o stanie jego zdrowia, przyczynach i konieczności amputacji, rokowaniach w przypadku przeprowadzenia tego zabiegu oraz spodziewanych następstwach odmowy zgody na operację (ze zgonem włącznie). Mimo to stanowisko pacjenta było jasne – kategorycznie sprzeciwiał się amputacji. Nie uległ próbom przekonania, że jest to jedyne rozwiązanie. Zażądał wypisu ze szpitala.

Wkrótce jednak do niego wrócił. Tym razem był już nieprzytomny. Lekarz, który wcześniej go wypisywał, wiedział, jaką decyzję dotyczącą amputacji podjął wcześniej pacjent. Informacje te były też wpisane w dokumentacji medycznej. Zastanawiał się jednak, czy wskutek znacznego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i utraty przytomności, a w konsekwencji braku możliwości ponownego zapytania go o zdanie, nie zachodzi obowiązek ratowania życia i zdrowia, o którym mowa

w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepis ten umożliwia podejmowanie niezbędnych i koniecznych działań bez zgody pacjenta.

SPRZECIW TO NIE TO SAMO CO BRAK ZGODY

Ratowanie życia i zdrowia w każdym przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, to nie tylko imperatyw etyczny każdego lekarza, lecz również obowiązek prawny nałożony na podstawie wspomnianego art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepis ten pozwala na podejmowanie działań koniecznych w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia nawet przy braku zgody pacjenta (tj. w takich sytuacjach, gdy zgody tej wyrazić nie może, ponieważ jest np. nieprzytomny lub znajduje się w stanie wyłączającym możliwość racjonalnej oceny sytuacji).

Sprzeciw pacjenta na udzielenie mu świadczenia zdrowotnego to jednak nie to samo co brak zgody. Jednym z podstawowych praw pacjenta, i generalnie – człowieka, jest prawo do samostanowienia, w tym również w zakresie decyzji o swoim zdrowiu i życiu. Każde świadczenie zdrowotne

ingeruje w prywatność człowieka, naruszając również jego nietykalność cielesną. Z tego powodu korzystanie ze świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się wyłącznie przy dobrowolnym udziale pacjenta.

Zasadę tę podkreślił Sąd Najwyższy w postanowieniu z 27 października 2005 r. (sygn. akt III CK 155/05), jasno stwierdzając, że „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”. Sąd podkreślił, że zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów, którymi kierował się pacjent (religijnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.).

Należy zatem bezwzględnie przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg (lub rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążący i – co więcej – znosi odpowiedzialność karną lub cywilną za nieudzielenie „właściwej” pomocy w takim przypadku. W piśmiennictwie prawa medycznego podkreśla się, że sprzeciw pacjenta powinien być uwzględniany w szczególności wtedy, gdy został przez niego uzewnętrzniony w sposób wyraźny i jednoznaczny,



ze świadomością dokonanego wyboru i przyjętych preferencji, zwłaszcza gdy związek czasowy między oświadczeniem a zabiegiem jest dostatecznie ścisły.

WAŻNY JEST STAN ŚWIADOMOŚCI

Należy mieć jednak na uwadze, że sam fakt jednoznaczności sprzeciwu pacjenta wobec proponowanych mu świadczeń zdrowotnych oraz wszechstronna informacja udzielona co do konsekwencji takiego oświadczenia nie powinny być traktowane w sposób automatyczny. Istotny jest bowiem stan świadomości pacjenta, a zatem jego zdolności do postrzegania rzeczywistości i wyrażania woli. Pacjent

może wyrażać swoją wolę w sposób jednoznaczny, ale jednocześnie być w stanie łączącym świadome wyrażenie tej woli. Gdy są jakichkolwiek wątpliwości co do stanu świadomości pacjenta wyrażającego sprzeciw, należy rozważyć konsultację psychiatryczną. Jeśli będzie ona wskazywała na brak możliwości świadomego wyrażenia woli, trzeba występować o stosowną zgodę zastępczą do sądu opiekuńczego.

NIELEGALNA INTERWENCJA

Co jednak w przypadku, gdy lekarz, decydując się na ratowanie życia mimo wiadomego mu sprzeciwu pacjenta, przeprowadził wymagany zabieg?

Wówczas – podkreśla Sąd Najwyższy – taką interwencję medyczną należy uznać za nielegalną. Stanowisko to znajduje potwierdzenie nie tylko w systemie prawa medycznego i Konstytucji RP, lecz również w międzynarodowych aktach prawnych, takich jak Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (Polska podpisała tę konwencję w 1999 r., jednak dotychczas jej nie ratyfikowała).

Kodeks karny w art. 192 określa przestępstwo przeprowadzenia zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Niewątpliwie będzie to również sytuacja, w której świadczenia zdrowotne są udzielane nie tylko bez zgody, ale wręcz wbrew świadomemu sprzeciwowi pacjenta. Decyzja pacjenta może być – w ocenie lekarza – niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli wpisana jest w deontologię tego zawodu.

W historii wymiaru sprawiedliwości dochodziło już do sytuacji, gdy przepisy karne miały zastosowanie. Wyroki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych wbrew sprzeciwowi zapadały m.in. w przypadku przeprowadzania transfuzji krwi świadkom Jehowy. Co prawda lekarze, decydując się na przetoczenie krwi, działali z zamiarem ratowania życia pacjentów. Nie uszanowali jednak ich sprzeciwów, co stało się podstawą odpowiedzialności karnej.

WOLĘ NALEŻY USZANOWAĆ

W historii przywołanej na początku tekstu było tylko jedno rozwiązanie: lekarz musiał uszanować precyzyjnie wyrażoną wolę pacjenta, który wiedział o skutkach swojej decyzji i na nie się godził. Jeśli został poinformowany przez lekarza o wszystkich okolicznościach związanych z danym zbiegiem i świadomie odmówił poddania się procedurze medycznej, oznaczało to, że zaakceptował ryzyko z tym związane. Każdy ma prawo podejmować decyzje w oparciu o własne przekonania lub sumienie, w tym decyzje dotyczące podjęcia lub odmowy leczenia, nawet w przypadku gdy odmowa ta powodowałaby zagrożenie życia.

Z naszej praktyki możemy jedynie dodać, że rozwiązaniem w takiej sytuacji nie są próby uzyskiwania zastępczych zgód ze strony sądów opiekuńczych. W sytuacji gdy pacjent wyraził sprzeciw i nie jest jednocześnie osobą, u której możliwość świadomego wyrażania woli jest wyłączona, sąd, kierując się prymatem woli pacjenta, odmawia wydawania zastępczych zgód.■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

EMOCJE POD KONTROLĄ. NAWET PO PRACY

Okładanie podczas kłótni pałką teleskopową samochodu innego uczestnika ruchu drogowego uwłacza godności zawodu. Lekarz ma przestrzegać określonych norm także w życiu prywatnym.



Zbigniew Kuzyszyn

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynął wyrok sądu rejonowego. Sąd uznał lekarza za winnego uszkodzenia pojazdu poprzez spowodowanie wgnieceń karoserii. A wszystko to przy użyciu pałki teleskopowej. Lekarzowi wymierzono karę grzywny, a dodatkowo zasądzono na rzecz Skarbu Państwa koszty sądowe. W związku z tą informacją rzecznik wszczął postępowanie wyjaśniające dotyczące nieetycznego zachowania lekarza.

W toku postępowania ustalono, że doszło do konfliktowej sytuacji na drodze. Dotyczyła ona wymuszenia pierwszeństwa przez jednego z uczestników zdarzenia (jak się potem okazało – lekarza).

Podczas kłótni uszkodził on auto innego kierowcy, używając pałki teleskopowej (w odpowiedzi na użycie gazu pieprzowego).

W ocenie rzecznika odpowiedzialności zawodowej obwiniony zachował się w sposób uwłaczający godności zawodu. Lekarz winien być wzorem człowieka o wysokiej moralności, a nie tylko fachowca troszczącego się o zdrowie pacjentów. Obwiniony jako reprezentant zawodu zaufania publicznego powinien reprezentować nienaganną postawę etyczną i przestrzegać prawa – zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym.

Okręgowy sąd lekarski wymierzył lekarzowi karę upomnienia, uznając go winnym naruszenia:

- art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”;
- art. 53 ustawy o izbach lekarskich: „Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej (...)”.

W ocenie okręgowego sądu lekarskiego naganne zachowanie drugiego uczestnika zdarzenia drogowego nie tłumaczy postawy obwinionego. Jego reakcja była zdecydowanie nadmierna.

Sąd przychylił się do opinii rzecznika, że zawód zaufania publicznego oznacza obowiązek przestrzegania norm także w życiu pozazawodowym.

Obrońca lekarza złożył od tego orzeczenia odwołanie. Twierdził, że obwiniony nie popełnił przewinienia zawodowego, gdyż nie wykonywał w tym czasie zawodu lekarza, a popełniony czyn dotyczył życia prywatnego.

Naczelny Sąd Lekarski podkreślił, że lekarz ma obowiązek dbać o zachowanie godności zawodu. Należy się wystrzegać tego, co podważa szacunek do lekarza i wywołuje dezaprobatę społeczną. Naganne jest każde zachowanie, które przynosi ujmę zbiorowości lekarskiej, nawet gdy brakuje bezpośredniego związku z samym wykonywaniem zawodu. W tej sprawie reakcja obwinionego była w sposób oczywisty bezprawna, karygodna i niedopuszczalna na gruncie etycznym. Od lekarza należy wymagać powstrzymywania emocji w sytuacjach konfliktowych.

Mimo uznania winy obwinionego Naczelny Sąd Lekarski uchylił jednak zaskarżone orzeczenie i umorzył postępowanie w związku z karą, którą wobec lekarza orzeczono w sądzie karnym. Skorzystał z art. 82 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich: „Sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku (...), jeżeli orzeczenie wobec obwinionego kary byłoby oczywiście niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu (...)”. Umarzając postępowanie, Naczelny Sąd Lekarski wziął pod uwagę, że obwiniony dobrowolnie poddał się karze w postępowaniu karnym, wyraził skruchę i żal oraz gotowość przeproszenia pokrzywdzonego. To zaś, w ocenie NSL, pozwala przyjąć, że doszło do zadośćuczynienia społecznemu poczuciu sprawiedliwości.

Problem, który podniósł w odwołaniu obrońca obwinionego, był już analizowany przez Sąd Najwyższy (SN). W uzasadnieniu wyroku SN podkreślał, że to samorząd zawodowy winien ustalić zakres granic zasad etyki i ich charakter. W ocenie Sądu Najwyższego to sądy lekarskie, mając na względzie realia konkretnej sprawy, muszą określać, czy naruszenie zasad etyki lekarskiej aktualizuje się także wtedy, gdy pogwałcenie zasad etyki nie wiąże się z wykonywaniem zawodu lekarza.

ORZECZENIA SĄDÓW LEKARSKICH

KARY ZA PRZEWINIENIA: NAGANA

Lekarze, którzy m.in. pełnią obowiązki lub wykonują świadczenia pod wpływem alkoholu albo uderzą pacjenta w twarz, muszą się liczyć z konsekwencjami.



Grzegorz Wrona

sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej

Kolejną po upomnieniu w hierarchii kar orzekanych przez sądy lekarskie jest nagana. W ostatnim roku była ona wymierzana zarówno w stosunku do lekarzy, jak i lekarzy dentystów.

Z JAKICH POWODÓW?

W przypadku lekarzy chodziło o: posługiwanie się nienależnym tytułem zawodowym, odmowę udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi i prowadzącemu postępowanie rzecznikowi, nienależytą staranność w diagnostyce, publiczne głoszenie treści niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, nakłanianie do potwierdzenia nieprawdy, pełnienie obowiązków lekarza dyżurnego w stanie nietrzeźwości.

Z kolei lekarzom dentystom kara nagany była wymierzana za: wykonanie zabiegu stomatologicznego bez uprzedniej zgody pacjenta, nienależytą staranność skutkującą powikłaniem ropnym, wykonywanie świadczeń w stanie nietrzeźwości, niepłacenie składek członkowskich, uderzenie pacjenta w twarz.

Wszystkie kary są już prawomocne. Uprawomocniły się z chwilą ogłoszenia przez Naczelny Sąd Lekarski te, które były orzeczone w postępowaniu odwoławczym. Podobnie jest z tymi, które zapadły przed sądem I instancji i zostały skutecznie doręczone. One też się uprawomocniły, gdyż nie złożono w odpowiednim terminie (czyli 14 dni) odwołania do sądu II instancji.

PROCEDURA

Jak wygląda w praktyce wykonywanie prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, jeśli chodzi o karę nagany?

Zasadą jest, że orzeczenie wraz z uzasadnieniem przesyłane jest stronom postępowania (również ukaranemu lekarzowi) listem poleconym za potwierdzeniem odbioru. Już na etapie postępowania wyjaśniającego lekarz jest informowany o obowiązku powiadomienia organu prowadzącego postępowanie o ewentualnej

zmianie adresu do korespondencji. Warto też pamiętać, że zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, każdy lekarz i lekarz dentysta ma obowiązek powiadomienia macierzystej izby lekarskiej o istotnych danych w razie ich zmiany. Termin powiadomienia to 30 dni (art. 49 ust. 7 ustawy). Niemal wszyscy lekarze odbierają korespondencję samorządową. Zdarzają się jednak wyjątki i wówczas stosowana jest zasada „doręczenia zastępczego”. Jeśli zatem wysłany list polecony wraca do sądu nieodebrany, sąd sprawdza właściwość pouczenia lekarza o obowiązku aktualizacji adresu w aktach sprawy, aktualność danych w okręgowym rejestrze lekarzy i czy przesyłka zawierająca orzeczenie była dwukrotnie awizowana. Jeśli wszystko to znajdzie potwierdzenie, nic nie stoi na przeszkodzie, by orzeczenie winy i nałożonej kary uznać za prawomocne i rozpocząć jej wykonywanie.

Wykonywanie kary nagany nie różni się od wykonywania kary upomnienia, stąd uwagi przytoczone w artykule w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” (nr 02/2023) są aktualne. Po otrzymaniu prawomocnego orzeczenia o karze nagany prezes okręgowej rady lekarskiej

***Lekarz ukarany
karą nagany nie
ma prawa ubiegać się
o wybór na stanowisko
w jakimkolwiek organie
izby lekarskiej***

wydać stosowne zarządzenie, powiadamia o karze okręgową komisję wyborczą, a odpis orzeczenia umieszcza w aktach osobowych lekarza. Z kolei prezes Naczelnej Rady Lekarskiej powiadamiany przez przewodniczącego sądu lekarskiego o wszystkich prawomocnych orzeczeniach, także tych dotyczących kary nagany, umieszcza wzmiankę o ukaraniu lekarza/lekarza dentysty w Rejestrze Ukaranych Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, a także określa termin usunięcia tej wzmianki (co do zasady po trzech latach). Do tego czasu podmioty występujące o informację dotyczącą lekarza mogą być poinformowane o ukaraniu. W okresie karalności lekarz nie posiada biernego prawa wyborczego w wyborach samorządowych (co oznacza, że nie może być wybierany).

PUŁAPKI TELEPORADY

Kontakt z pacjentem na odległość to nie tylko kłopot z jego poprawną identyfikacją i ustaleniem uprawnień do świadczeń. To także ryzyko postawienia niewłaściwej diagnozy czy dochowania tajemnicy lekarskiej, o czynnikach czysto technicznych nie wspominając.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi



Od 2015 r. stopniowo wprowadzane są zmiany przepisów umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych bez bezpośredniego osobistego kontaktu z pacjentem. Furtka do udzielania teleporad jest otwarta. Pytanie, czy zawsze można z niej skorzystać?

CO MÓWIĄ PRZEPISY

Zgodnie z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wykonywanie tych profesji polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Chodzi zwłaszcza o badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im,

leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. W grudniu 2015 r. przepis ten został rozszerzony o ust. 4. Mówi on, że czynności te mogą być wykonywane także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Zasady orzekania o stanie zdrowia reguluje art. 42 ust. 1 wspomnianej ustawy. Dzieje się to po uprzednim zbadaniu osobistym lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych albo systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta. Z kolei w myśl art. 42 ust. 2 ustawy bez zbadania pacjenta można wystawić receptę niezbędną

do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację takiego zaopatrzenia. Pod warunkiem, że jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Także ustawa o działalności leczniczej (w art. 3 ust. 1) dopuszcza udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Istotne znaczenie ma też art. 24 ust. 1 tej ustawy, który w pkt 5. stanowi, że w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w takiej formie, miejscem ich udzielania jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń. Przepis ten dotyczy

nie tylko podmiotów leczniczych, ale również praktyk zawodowych.

Obowiązują również przepisy stanowione przez samorząd lekarski. 24 lipca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło uchwałę 89/20/P-VIII w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych. Obejmują one także aspekty etyczne takiej aktywności lekarskiej, a ponadto określają dziesięć kroków koniecznych do udzielenia świadczenia w takim trybie.

JAK UNIKAĆ KŁOPOTÓW

Nie ulega wątpliwości, że odpowiedzialność cywilna, karna i zawodowa lekarza w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego za pośrednictwem systemu teleinformatycznego/łączności kształtuje się w taki sam sposób, jak w bezpośrednim osobistym kontakcie z pacjentem. Dochodzą jednak dodatkowe czynniki, które mogą negatywnie wpłynąć na sytuację prawną lekarza.

To lekarza obciążają skutki decyzji, czy stan pacjenta i zgłaszane przez niego dolegliwości pozwalają na udzielenie świadczenia w formie teleporady. Niedoskonałość systemu, za pośrednictwem którego lekarz komunikuje się z pacjentem, może doprowadzić do pominięcia niektórych symptomów schorzenia i niewłaściwej diagnozy. Zgodnie z wytycznymi zawartymi w uchwale Prezydium NRL decyzja taka może być potraktowana jako niedołożenie należytej staranności zawodowej przez lekarza. Wytyczne podkreślają również wagę prawidłowego wywiadu lekarskiego. Przeprowadzenie teleporady nie jest możliwe, jeżeli nie pozwala ona na rzetelną ocenę objawów i stanu zdrowia pacjenta.

Kłopoty może również sprawić poprawa identyfikacja pacjenta, w tym ustalenie jego uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W tym zakresie bezwzględnie należy korzystać ze wszelkich danych zgromadzonych w dokumentacji medycznej pozwalających na ustalenie, czy osoba, która się zgłosiła, jest tą, za którą się podaje.

Nie bez znaczenia jest też szereg czynników czysto technicznych, na które lekarz nie ma wpływu, a które mogą wpływać na jego odpowiedzialność. Zła jakość połączenia może uniemożliwić pacjentowi zrozumienie treści informacji przekazywanych przez lekarza i zaleceń lekarskich. Rozładowana bateria w telefonie może zakończyć połączenie w niewłaściwym momencie. Dlatego niezbędne jest upewnienie się, czy wszystkie informacje przekazane

w trakcie teleporady zostały prawidłowo zrozumiane. Wreszcie: taka forma kontaktu z pacjentem rodzi dodatkowe problemy z dochowaniem tajemnicy lekarskiej.

KWESTIA ZLA I E-RECEPTY

Zgodnie z art. 55 ust. 4 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa orzekanie o czasowej niezdolności do pracy następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny i musi zostać udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta. Paragraf 6 rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim precyzuje, że e-ZLA wystawia się wyłącznie po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny.

W marcu 2020 r., w trakcie pandemii COVID-19, Ministerstwo Zdrowia uznało, że nie ma przeszkód, by lekarz wystawił zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy po uprzednim przeprowadzeniu osobistego badania stanu zdrowia pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Do tej pory nie dokonano jednak zmian w tych przepisach, które rozwiązałyby wątpliwości co do dopuszczalności wystawiania „zdalnych” e-ZLA. Komunikat na stronie internetowej resortu zdrowia nie jest powszechnie obowiązującym przepisem prawa.

Kłopoty może powodować też wystawienie w ramach teleporady recepty na leki refundowane. Zgodnie z art. 48 ust. 7a ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych NFZ może żądać zwrotu nienależnej refundacji, jeśli ordynacja leku była nieuzasadniona udokumentowanymi względami medycznymi lub niezgodna z uprawnieniami świadczeniobiorcy (osoby uprawnionej). W przypadku teleporady może dojść choćby do wyłudzenia leków czy błędnego ustalenia uprawnień pacjenta do leków refundowanych. Nie można też zapominać o prawidłowym dokumentowaniu takiej porady w dokumentacji medycznej pacjenta.

BEZWZGLĘDNE WYŁĄCZENIA

Oprócz przepisów rangi ustawowej mamy jeszcze kilka rozporządzeń ministra zdrowia dotyczących świadczeń w formie teleporady. Podstawowe znaczenie ma rozporządzenie z 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z jego przepisami pacjent co do zasady ma prawo żądać realizacji świadczenia w bezpośrednim kontakcie z lekarzem (wyjątkiem jest np. kontynuacja ordynacji leków oraz wydawanie zaświadczeń).

Rozporządzenie zawiera katalog świadczeń, które nie mogą być przeprowadzone w formie teleporady, np. przy pogorszeniu stanu zdrowia lub zmianie objawów w chorobie przewlekłej, podejrzeniu nowotworu, a także dzieciom do lat sześciu (poza wizytami kontro-

lnymi). Regulowane są również terminy udzielania teleporady od momentu zgłoszenia, sposób nawiązania kontaktu z pacjentem (minimum trzykrotna próba nawiązania połączenia w odstępach 5-minutowych). Tym standardem można się również sugerować, tworząc wewnętrzne regulacje przychodni dotyczące udzielania świadczeń zdalnych.

Inne rozporządzenia dotyczące teleporad to m.in.:

- z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (dopuszcza teleporadę, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta),
- z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (porady i wizyty „zdalne” są możliwe, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta),
- z 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (przeprowadzanie procesu diagnostycznego nie może się odbywać wyłącznie z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych).

***Teleporada
nie jest możliwa,
jeżeli nie pozwala
na rzetelną ocenę
objawów i stanu
zdrowia pacjenta***

KALENDARZ LEKARZA PRAKTYKA

Obowiązki przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe

Poniżej prezentujemy zaktualizowane kalendarium wybranych obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne i grupowe praktyki lekarskie (w tym również niektóre obowiązki lekarzy i lekarzy dentystów jako pracodawców). Uwaga! W związku z obowiązującym stanem zagrożenia epidemicznego COVID-19 obowiązki przedstawione poniżej mogą ulegać modyfikacji.

Aleksandra Kosiorek radca prawny **Damian Konieczny** adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
EWIDENCJA ODPADÓW		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem: a) praktyk kontraktowych b) praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne c) praktyk, które przeniosły gospodarowanie odpadami na wynajmującego lub innego najemcę (art. 28 ustawy) d) praktyk podlegających zwolnieniu z obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów	rejestracja w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO)	• przed rozpoczęciem prowadzenia działalności, która będzie powodowała obowiązek rejestracji
	prowadzenie ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów z użyciem generowanych w systemie BDO kart przekazania odpadów oraz przechowywania dokumentów, na podstawie których są sporządzane dokumenty ewidencji	• na bieżąco • przechowywane przez okres pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zostały sporządzone dokumenty ewidencji odpadów • udostępnianie dokumentów i danych na żądanie uprawnionych organów w toku kontroli
	składanie elektronicznych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz o sposobach gospodarowania (https://bdo.mos.gov.pl/)	• do 15 marca każdego roku za rok poprzedni, • do właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałka województwa • wyłącznie elektronicznie, za pośrednictwem systemu BDO
<i>Podstawa prawna:</i> - ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach - rozporządzenie ministra klimatu z 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów - rozporządzenie ministra klimatu z 23 grudnia 2019 r. w sprawie rodzajów odpadów i ilości odpadów, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów		
INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODOWISKA		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy wprowadzają gazy lub pyły do powietrza (tj. posiadają samochód osobowy lub ciężarowy, własne ogrzewanie, np. kotłownię, wszelkiego rodzaju technologie powodujące emisję do powietrza)	składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat wraz z wniesieniem należnej opłaty na rachunek urzędu marszałkowskiego	- do 31 marca każdego roku, za rok poprzedni - do właściwego urzędu marszałkowskiego <i>Przedsiębiorcy, u których obliczona opłata za każdy z rodzajów korzystania nie przekroczy 100 zł, nie składają sprawozdania. Nie wnosi się opłaty w przypadku, gdy wyliczona kwota nie przekracza 800 zł za rok dla danego rodzaju korzystania ze środowiska.</i>
<i>Podstawa prawna:</i> - ustawa z 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska - rozporządzenie ministra klimatu z 11 grudnia 2019 r. w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat		

ZRANIEŃ OSTRYMI NARZĘDZIAMI

lekarze - pracodawcy, których pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	- sporządzanie i wdrażanie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami - sporządzanie i wdrażanie procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej	uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia
	prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami	na bieżąco
	sporządzanie raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami	nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy
	weryfikacja procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, rozważenie prowadzenia zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym - w konsultacji z przedstawicielami pracowników	okresowo

Podstawa prawna:

- ustawa z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy
- rozporządzenie ministra zdrowia z 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

KONTROLE WEWNĘTRZNE

lekarze prowadzący praktyki zawodowe	przeprowadzanie kontroli wewnętrznych, obejmujących ocenę prawidłowości i skuteczności: 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej 5) wykonywania badań laboratoryjnych 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej	okresowo, nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy
	sporządzanie raportu kontroli wewnętrznych	- przechowywać przez okres nie krótszy niż 10 lat od dnia zakończenia kontroli wewnętrznej - okazywać na żądanie organów sanepidu w przypadku kontroli
	sporządzanie dokumentacji z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych	przechowywać przez okres 10 lat

Podstawa prawna:

- ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
- rozporządzenie ministra zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji
- rozporządzenie ministra zdrowia z 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych

APARATY RENTGENOWSKIE

lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich	prowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowanie danych w tym zakresie	przegląd i okresowa aktualizacja systemu przez kierownika jednostki ochrony zdrowia
	dokumentowanie systemu zarządzania jakością	wdraża i prowadzi kierownik jednostki
	system rejestracji i analizy wystąpienia narażenia przypadkowego	• w przypadku wystąpienia w jednostce ochrony zdrowia ekspozycji niezamierzonej lub narażenia przypadkowego kierownik jednostki dokonuje przeglądu programu zapewnienia jakości oraz sporządza protokół ze zdarzenia po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego w celu ustalenia przyczyn i okoliczności wystąpienia ekspozycji lub narażenia • przekazanie w terminie siedmiu dni od zdarzenia konsultantowi wojewódzkiemu/krajowemu w danej dziedzinie
	przeprowadzanie audytów wewnętrznych - zakres audytów określono odrębnie dla: • rentgenodiagnostyki • radiologii zabiegowej • radioterapii • medycyny nuklearnej	• co najmniej raz w roku, doraźnie w razie potrzeby • w wypadku działalności prowadzonej osobiście (jednoosobowej) audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę, która jest uprawniona do stosowania medycznych procedur radiologicznych podlegających temu audytowi • raport z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego jest przekazywany kierownikowi jednostki, a kierownik przekazuje niezwłocznie kopię raportu do właściwej komisji procedur i audytów
	przeprowadzanie audytów zewnętrznych (nie dotyczy jednostek wykonujących działalność związaną z narażeniem polegającą jedynie na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu lub wykonujących działalność związaną z narażeniem polegającą jedynie na wykonywaniu densytometrii kości za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu)	przeprowadzany przez komisję procedur i audytów
	testy eksploatacyjne (podstawowe), w tym: • urządzenia stosowane w radiografii ogólnej analogowej: - zgodność pola promieniowania z polem świetlnym - co miesiąc - powtarzalność ekspozycji - co miesiąc - rozdzielczość wysoko i niskokontrastowa - co sześć miesięcy - kratka przeciwrozproszeniowa - co trzy miesiące - system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) - sześć miesięcy po każdym testach specjalistycznych • urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej: - zgodność pola promieniowania z polem świetlnym - co miesiąc - powtarzalność ekspozycji - co miesiąc - rozdzielczość wysoko- i niskokontrastowa - co sześć miesięcy - kratka przeciwrozproszeniowa - co trzy miesiące - system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) - sześć miesięcy po każdym testach specjalistycznych - artefakty - co sześć miesięcy • urządzenia stosowane w stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej: - artefakty - co miesiąc - wartość HU - co miesiąc - jednorodność obrazu - co miesiąc - poziom szumu - co miesiąc - rozdzielczość wysokokontrastowa - sześć miesięcy po każdym testach specjalistycznych - geometryczna poprawność obrazu - sześć miesięcy po każdym testach specjalistycznych	

	UWAGA! W zestawieniu nie uwzględniono wszystkich testów urządzeń wymienionych w rozporządzeniu, w tym m.in. testów urządzeń stosowanych we fluoroskopii i angiografii, w tomografii komputerowej, mammografii analogowej, mammografii cyfrowej, urządzeń stosowanych w stomatologii, densytometrii kostnej, monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych oraz testów drukarek stosowanych do tworzenia kopii cyfrowych obrazów medycznych	
	Testy eksploatacyjne (specjalistyczne)	co najmniej raz na 12 miesięcy
	niezależnie od częstotliwości wykonywania testów eksploatacyjnych podstawowych i specjalistycznych po każdej naprawie urządzenia radiologicznego lub urządzenia pomocniczego przeprowadzonej w zakresie, który może mieć wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu lub na dawkę, jaką otrzymuje pacjent, należy ponownie wykonać testy eksploatacyjne co najmniej w zakresie uzasadnionym specyfikacją wykonanej naprawy	
	szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej	obowiązek uzyskania co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych pięciu lat

Podstawa prawna:

- ustawa z 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe
- rozporządzenie ministra zdrowia z 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta
- rozporządzenie ministra zdrowia z 13 grudnia 2022 r. w sprawie kategorii oraz kryteriów kwalifikowania ekspozycji niezamierzonych i narażeń przypadkowych, działań, które należy podjąć w jednostce ochrony zdrowia po ich wystąpieniu, a także zakresu informacji objętych Centralnym Rejestrem Ekspozycji Niezamierzonych i Narażeń Przypadkowych
- rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia
- rozporządzenie ministra zdrowia z 6 grudnia 2022 r. w sprawie diagnostycznych poziomów
- rozporządzenie ministra zdrowia z 12 grudnia 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (do 27 czerwca 2024 r. testy mogą być przeprowadzane na dotychczasowych zasadach)

OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO

lekarze – pracodawcy, prowadzący praktyki zawodowe	• ryzyko zawodowe występujące przy wykonywanych pracach, w szczególności przy doborze wyposażenia stanowisk i miejsc pracy, stosowanych substancji i preparatów chemicznych, biologicznych, rakotwórczych lub mutagennych oraz zmianie organizacji pracy • należy uwzględnić wszystkie czynniki środowiska pracy występujące przy wykonywanych pracach oraz sposoby wykonywania prac	• nie wskazano minimalnej częstotliwości • zaleca się przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego okresowo i zawsze wówczas, gdy wykorzystywane do jego oceny informacje straciły swoją aktualność a w szczególności w następujących przypadkach: - przy tworzeniu nowych stanowisk pracy, - przy wprowadzaniu zmian na stanowiskach pracy (np. technologicznych lub organizacyjnych) - po zmianie obowiązujących wymagań odnoszących się do ocenianych stanowisk pracy - po wprowadzeniu zmian w stosowanych środkach ochronnych - w razie wykrycia błędów w poprzedniej ocenie ryzyka zawodowego
	dokumentacja oceny ryzyka zawodowego oraz zastosowanych niezbędnych środków profilaktycznych	

Podstawa prawna:

- ustawa z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy
- rozporządzenie ministra pracy i polityki socjalnej z 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy

REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

lekarze prowadzący praktyki zawodowe	zgłoszenie wniosku o zmianę wpisu w wypadku zmiany danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	14 dni od momentu zaistnienia zmiany
--------------------------------------	--	--------------------------------------

Podstawa prawna:

- ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

STATYSTYKA

lekarze prowadzący praktyki zawodowe	złożenie sprawozdania statystycznego za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) lub w formie papierowej	według terminów określonych dla właściwych formularzy (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl)
--------------------------------------	---	---

OBOWIĄZKI STATYSTYCZNE PRAKTYK LEKARSKICH

INFORMACJE OGÓLNE:

- obowiązek złożenia sprawozdania dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących praktyki zawodowe – jeżeli obejmuje ich zakres sprawozdania
- jeżeli do udziału w badaniach jest wskazany podmiot o liczbie pracujących nie większej niż pięć (według stanu na 30 listopada poprzedniego roku), wówczas dopuszczalne jest przekazywanie danych w formie papierowej

NUMER FORMULARZA	KOGO DOTYCZY I ZAKRES SPRAWOZDANIA	TERMIN ZŁOŻENIA	MIEJSCE ZŁOŻENIA
formularz MZ 06	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną • sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach	do 29 września 2023 r. za rok szkolny 2022/2023	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 11	• praktyki lekarskie, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ) • sprawozdania o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	do 31 marca 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 13	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i gruźlicy • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc	do 22 lutego 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
formularz MZ 14	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej	do 1 marca 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 15	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego • sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	do 28 lutego 2023 r. za 2022 rok	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • Instytut Psychiatrii i Neurologii • urząd wojewódzki
formularz MZ 19	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego/domowego • sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego	do 15 lutego 2023 r. za 2022 rok	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii
formularz MZ 24	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa • roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	do 14 lutego 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 30	• praktyki lekarskie udzielające świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, rehabilitacji narkomanów • sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej	do 15 lutego 2023 r. za 2022 rok	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki, • Instytut Psychiatrii i Neurologii

formularz MZ 35A	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych pracowników • sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	do 2 marca 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • wojewódzki ośrodek medycyny pracy • Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
formularz MZ 35B	• praktyki lekarskie będące jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy • sprawozdanie z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami	do 2 marca 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • wojewódzki ośrodek medycyny pracy
formularz MZ 54	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, biorące udział w szczepieniach ochronnych • roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych	do 31 stycznia 2023 r. według stanu na 31 grudnia 2022 r.	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna • w formie papierowej
formularz MZ 55	• wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym praktyki lekarskie • meldunek o zachorowaniach na gripę	cztery razy w miesiącu, tj. 7, 15, 22 i w ostatnim dniu miesiąca po zakończeniu przyjęć	powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
formularz MZ/N 1a	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego • karta zgłoszenia nowotworu złośliwego	• stały dostęp sukcesywnie • raz w miesiącu do 15. dnia po miesiącu rozpoznania i do 16 stycznia 2023 r. za grudzień 2022 r. (dane w postaci papierowej) • do 16 stycznia 2023 r. za grudzień 2022 r.	• Krajowy Rejestr Nowotworów, • Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy • wojewódzkie biura rejestracji nowotworów
formularz MZ 88	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	do 10 kwietnia 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz MZ 89	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	do 10 kwietnia 2023 r. (według stanu na 31 grudnia 2022 r.)	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) • urząd wojewódzki
formularz ZD 2	• praktyki lekarskie prowadzące działalność leczniczą z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji stacjonarnej • sprawozdanie z opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klasy 86.10	do 24 lutego 2023 r. za 2022 rok	portal sprawozdawczy GUS (https://raport.stat.gov.pl)
formularz ZD 3	• praktyki lekarskie świadczące usługi wyłącznie w ramach środków publicznych • sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klas: 86.21, 86.22 i 86.23	do 27 stycznia 2023 r. za 2022 rok	portal sprawozdawczy GUS (https://raport.stat.gov.pl)
formularz ZD 4	• praktyki lekarskie zgłoszone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne • sprawozdanie w zakresie pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego zaklasyfikowanej według PKD do podklasy 86.90.B	do 27 stycznia 2023 r. za 2022 rok	portal sprawozdawczy GUS (https://raport.stat.gov.pl)

Podstawa prawna:

rozporządzenie Rady Ministrów z 19 listopada 2021 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2022 (Dz.U. 2021, poz. 2303)

OSTATNIA SZANSA NA DODATEK COVIDOWY

Tylko do końca 2023 r. można wytoczyć powództwo dotyczące pieniędzy za listopad i grudzień 2020 r. Wartość każdego z roszczeń może sięgać aż 105 tys. zł – od listopada 2020 r. do końca maja 2021 r. maksymalnie po 15 tys. zł za pracę w każdym z podmiotów leczniczych.

Iga Kalinowska-Maksim adwokat

Niektórzy mogą pomyśleć, że skoro szpitale nie wypłaciły dodatków, to być może nie warto ryzykować pozwu, angażować czasu ani pieniędzy. Przeciwnie. Podstawy prawne zostały już ugruntowane i zweryfikowane w procesach sądowych. Jedynie, co trzeba zrobić, to się upewnić, czy przesłanki do wypłaty świadczenia są na pewno spełnione i czy będzie możliwe ich wykazanie w procesie.

Każdy szpital jest inny. Jest mnóstwo możliwych form udzielania świadczeń zdrowotnych. Większość przypadków nie jest jednoznaczna, dlatego niektórzy mogli dostać odmowę niesłusznie. Co ważne, inny jest tryb dochodzenia roszczeń w przypadku osób zatrudnionych na umowę o pracę, a inny, gdy świadczenia były udzielane na podstawie kontraktu.

NAJPIERW WEZWANIE

Jeżeli materialnoprawne podstawy roszczenia zostały zweryfikowane, konieczne jest wezwanie szpitala do zapłaty wyliczonej kwoty (brutto) za dodatek covidowy z określeniem terminu zapłaty i wskazaniem numeru konta bankowego. Jeżeli wzywaliśmy wcześniej szpital do wypłaty, odsetki mogą być liczone od dnia następującego po dniu wymagalności roszczenia, czyli po dniu, kiedy upływał termin zapłaty faktury lub zgodnie z umową o pracę. W ostatecznym przedsądowym wezwaniu do zapłaty możliwe jest też ich

skapitalizowanie. Gdy szpital jest wzywany po raz pierwszy, odsetki mogą być liczone od dnia następującego po upływie terminu oznaczonego w wezwaniu.

Jeśli szpital nie udzieli odpowiedzi lub odmówi wypłaty, można składać pozew. Kierujemy go do sądu w okręgu, w którym siedzibę ma pozwany szpital. Jeśli wartość przedmiotu sporu, czyli kwota, której żądamy, przekracza 75 tys. zł – sprawę kierujemy do sądu okręgowego, jeśli nie – do rejonowego. Jeśli dany sąd rejonowy nie posiada wydziału gospodarczego, właściwy będzie sąd rejonowy, który swoją właściwością obejmuje siedzibę pozwanego szpitala i posiada wydział gospodarczy. Można to sprawdzić na oficjalnej stronie internetowej sądu. To ważne w sprawach, w których osoba wykonująca zawód medyczny udzielała świadczeń zdrowotnych w oparciu o kontrakt (roszczenia o dodatki covidowe z umów o pracę są rozpoznawane przez wydziały pracy danego sądu).

CO NAPISAĆ

W pozwie należy oznaczyć wartość przedmiotu sporu, do której nie dolicza się wartości odsetek, chyba że zostały wcześniej skapitalizowane (ale wtedy odsetek od kwoty roszczenia można żądać dopiero od dnia wniesienia pozwu). W żądaniu

pozwu należy wnieść o zasądzenie odsetek oraz oznaczyć terminy, od których sąd powinien je zasądzić. W sprawach o dodatek covidowy wartość roszczenia może być inna za każdy miesiąc. Co ważne, dla każdej kwoty z poszczególnych miesięcy należy oznaczyć termin wymagalności odsetek.

Uzasadniając podstawę prawną roszczenia, można oznaczyć ją jako odpowiedzialność odszkodowawczą szpitala lub – co bardziej trafne – jako roszczenie beneficjenta o spełnienie świadczenia zastrzeżonego w umowie zawartej między NFZ a podmiotem leczniczym o wypłatę dodatku covidowego na rzecz osoby trzeciej, czyli wykonującej zawód medyczny.

W pozwie wpisujemy też wszystkie wnioski, w tym dowodowe, oraz wniosek o zasądzenie kosztów sądowych. Warto zawnioskować o rozpoznanie sprawy z pominięciem trybu właściwego dla spraw gospodarczych, w trybie cywilnym rygory postępowania są łagodniejsze (dotyczy to spraw, w których dochodzi się roszczenia z kontraktu wykonywanego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej).

Przed wniesieniem pozwu należy uiścić opłatę na rachunek odpowiedniego sądu. Jej wysokość zależy od wartości przedmiotu sporu. Ustala się ją na podstawie

**Wbrew twierdzeniom
szpitali przesłanki
do wypłaty dodatku
covidowego nie są
aż tak restrykcyjne**

ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych. Do kwoty 20 tys. zł wartości przedmiotu sporu ustawa określa opłatę ryczałtowo, powyżej tej kwoty – pobiera się opłatę stosunkową, wynoszącą 5 proc. tej wartości.

Jeśli sprawę wygramy, możemy domagać się zwrotu kosztów sądowych. Jeżeli ustanowiliśmy pełnomocnika (adwokata lub radcę prawnego), zwrot kosztów od pozwanego szpitala obejmuje wartość wniesionej opłaty oraz koszty zastępstwa procesowego profesjonalnego pełnomocnika. Kwota ta wynika z rozporządzenia ministra sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie lub radcowskie.

GDY BRAKUJE PIECZĄTEK

Polecenie ministra zdrowia z 1 listopada 2020 r. przewidywało dwie różne podstawy wypłaty dodatku. Pierwsza stawiała więcej wymogów. Konieczne było, aby podmiot leczniczy należał

do odpowiedniego poziomu zabezpieczenia covidowego (II lub III). Poziom ten mógł się zmieniać w czasie. Wykazy podmiotów wykonujących działalność leczniczą w związku z COVID-19 dostępne są na stronie internetowej poszczególnych oddziałów NFZ. Można tam sprawdzić, czy i w jakim okresie poszczególne podmioty lecznicze z danego województwa należały do wymaganego poziomu zabezpieczenia covidowego.

Dodatkowo osoby wykonujące zawód medyczny musiały spełnić osobiste kryteria, by móc otrzymać dodatek. Świadczenie dodatkowe przyznawano osobom, które uczestniczyły w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Spełnienie dwóch kategorii przesłanek (dla podmiotu leczniczego i dla osoby wykonującej zawód medyczny) decydowało o uprawnieniu do otrzymania dodatku covidowego.

Analizując szczegółowo pierwszą z podstaw wypłaty dodatku covidowego, należy zwrócić uwagę na przesłankę uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jest ona pojęciem szerszym niż udzielanie świadczeń zdrowotnych i może wskazywać choćby tylko na obecność czy asystowanie innym osobom, które bezpośrednio udzielają świadczeń zdrowotnych. Ma to ogromne znaczenie dowodowe w sprawie o dodatek covidowy, w której wykazuje się bezpośrednią bliskość kontaktu. Szpitale jako pozwani podnoszą niewystarczającą liczbę pieczęci w dokumentacji medycznej, świadczącej o spełnieniu przesłanki uczestnictwa w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Trzeba jednak pamiętać, że nie każde uczestnictwo w udzielaniu świadczeń zdrowotnych znajduje wyraz w osobistym podpisie czy wpisie w dokumentacji medycznej.

WYSTARCZY ŚLAD W DOKUMENTACJI

Druga kategoria przesłanek to udzielanie świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć w podmiotach leczniczych, w których skład wchodzi te jednostki (SOR lub izba przyjęć). Przesłanka ta wymaga wykazania osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych, ale już nie w bezpośrednim kontakcie z osobą zakażoną bądź z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. To dlatego, że osoby, które trafiają na SOR lub izbę przyjęć, nie miały wykonanego testu na COVID-19 i z gruntu były potencjalnym źródłem zakażenia. Sam fakt udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR lub na izbie przyjęć uprawniał zatem do dodatku.

Lekarz, który był zatrudniony (niezależnie od tego, czy na kontrakcie, czy na umowę o pracę) w szpitalu nie objętym II lub III poziomem zabezpieczenia, lub jeśli na oddziale, na którym był zatrudniony, nie było pacjentów tzw. covidowych, ale udzielał konsultacji na SOR lub izbie przyjęć – był uprawniony do 100 proc. wynagrodzenia za każdy miesiąc, w którym udzielał świadczeń zdrowotnych w tych komórkach szpitala. Nie wymagało to dodatkowej umowy. Wystarczy ślad w dokumentacji medycznej o udzielonych konsultacjach.

Dla osób zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych także jest szansa na uzyskanie dodatku covidowego. Jeżeli w szpitalu funkcjonowała psychiatryczna izba przyjęć, osoby udzielające tam świadczeń zdrowotnych powinny otrzymać dodatek. Wynika to wprost z interpretacji wydawanych przez Ministerstwo Zdrowia w czasie obowiązywania polecenia ministra zdrowia.



ROZLICZASZ SIĘ RYCZAŁTEM? ZAPŁACISZ WIĘCEJ

Lekarzom, którzy wybrali uproszczoną formę opodatkowania, rosną składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jedynym pocieszeniem jest takie, że część z nich mogą odliczyć.

Agata Zięba

Od 2022 r. za sprawą Polskiego Ładu lekarze zyskali możliwość rozliczania się 14-proc. stawką ryczału od przychodów ewidencjonowanych. Niestety, nie wszyscy mogą skorzystać z tej formy opodatkowania. Wyłączeni są lekarze, którzy współpracują z byłym pracodawcą (jeśli wykonują usługi odpowiadające dotychczasowym czynnościom), osiągają przychody z działalności gospodarczej w poprzednim roku w kwocie przekraczającej równowartość 2 mln euro, korzystają z okresowego zwolnienia z podatku dochodowego czy uzyskują dochody z prowadzenia aptek, kantorów oraz handlu częściami i akcesoriami do pojazdów mechanicznych.

Dla tych jednak, którzy mieli możliwość wyboru ryczału, mogła to być atrakcyjna forma opodatkowania. Pod warunkiem że nie ponosili w prowadzonej działalności

wysokich kosztów, bo w przypadku ryczału nie ma możliwości pomniejszenia o nie przychodów.

Część podatników wybierała ryczałt również z uwagi na składkę zdrowotną, która jest w tym przypadku inaczej ustalana niż przy skali podatkowej czy 19-proc. stawce liniowej.

NA ZDROWIE – INNE KALKULACJE

Ryczałtowiec za każdy miesiąc podlega ubezpieczeniu i płaci składkę od ściśle określonej podstawy wymiaru. Jest nią określona część przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku podatkowego. Na rok 2023 obowiązuje kwota z czwartego kwartału poprzedniego roku, czyli 6965,94 zł (obwieszczenie GUS z 20 stycznia br.). Ryczałtowcy są podzieleni na trzy grupy. Ci, którzy mają przychody do 60 tys. zł, płacą 9-proc. składkę zdrowotną od 60 proc.

wspomnianego wynagrodzenia. Przy przychodach powyżej 60 tys. zł, ale nie więcej niż 300 tys. zł – podstawa wymiaru wynosi 100 proc. wspomnianego wynagrodzenia, a przy przychodach powyżej 300 tys. zł – jest to 180 proc.

A zatem w tym roku lekarze płacą składkę zdrowotną w wysokości:

- 376,16 zł – przy przychodach do 60 tys. zł,
- 626,93 zł – przy przychodach od 60 tys. zł do 300 tys. zł,
- 1128,48 zł – zarabiający powyżej 300 tys. zł.

Miesięcznie lekarze zapłacą na ubezpieczenie zdrowotne od 40,22 zł do 120,67 zł więcej niż w ubiegłym roku. Pierwszą wyższą składkę musieli zapłacić do 20 lutego br.

TRZEBA SIĘ LICZYĆ Z DOPŁATĄ

Wzrost składki to nie koniec złych wiadomości. W przypadku niektórych podatników może się okazać, że trzeba będzie dopłacić składkę za ubiegły rok. Jeśli na początku roku lekarz znajduje się w niższym progu, płaci mniejszą kwotę. Ale za miesiąc, w którym przekroczy limit przychodów – będzie już odprowadzał wyższą. Na koniec roku musi zrobić podsumowanie. Jeśli się okaże, że limit przychodów został przekroczony, wyższa składka obowiązuje za cały rok. A to oznacza konieczność dopłaty i to często niemałych kwot, nawet kilku tysięcy złotych. Z taką niemiłą niespodzianką muszą się liczyć nie tylko lekarze, którym w ubiegłym roku podskoczyły przychody, ale i ci, którzy cały czas zarabiali tyle samo.

Roczną składkę trzeba dopłacić przy rozliczeniu za miesiąc, w którym upływa termin złożenia rocznego zeznania podatkowego, czyli w tym roku do 22 maja (ponieważ 20 maja wypada w sobotę, termin zostaje przesunięty na poniedziałek). Tak wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i z informacji na stronie internetowej ZUS.

Dla lekarzy są i dobre wiadomości. Podatnik ryczału może odliczyć część składki od przychodu i zapłacić niższy podatek. Odliczeniu podlega połowa składek. Możliwość taką dała ubiegłoroczna lipcowa nowelizacja Polskiego Ładu. Trzeba jednak pamiętać, że niektórzy podatnicy mogli się zdecydować na zmianę formy opodatkowania. Taka możliwość pojawiła się wyjątkowo w 2022 r. Jeśli zatem lekarz płacący ryczałt przeszedł w połowie roku na skalę podatkową, odliczy tylko składki przypadające na okres, w którym był na ryczałcie. Na skali nie będzie miał takiej możliwości. ■■■

Karta podatkowa już nie dla lekarzy

Od 1 stycznia 2022 r. z definicji wolnych zawodów zniknęli lekarze i dentyści. Prawo do karty zachowali jedynie ci, którzy rozliczali się nią 31 grudnia 2021 r. Nikt nowy nie może jej już wybrać. Co więcej, ci, którzy się nią rozliczali poprzednio, zachowali do niej prawo, pod warunkiem że nie pracują na tzw. kontrakcie dla szpitala lub przychodni. Mogą przyjmować pacjentów jedynie w swoim gabinecie.

Biuletyn

NR 1 (217)

WARSZAWA, I 2023

Paweł Doczekalski Redaktor Naczelny

**UCHWAŁA Nr 1/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
powołania Rady Ekspertów
Naczelnej Izby Lekarskiej**

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

**UCHWAŁA Nr 2/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
w sprawie budżetu Naczelnej Izby
Lekarskiej na rok 2023**

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

**UCHWAŁA Nr 3/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
zasad i trybu przekazywania
przez okręgowe izby lekarskie
części składki członkowskiej**

**na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej
oraz zmiany uchwały nr 44/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 24 lutego 2003 r. w sprawie
zasad gospodarki finansowej
samorządu lekarzy**

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

**UCHWAŁA Nr 4/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
w sprawie przyjęcia projektu
ustawy o systemie rejestracji
zdarzeń niepożądanych i systemie
kompensacji zdarzeń medycznych**

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

**UCHWAŁA Nr 5/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
w sprawie powołania Redaktora
Naczelnego Gazety Lekarskiej**

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

**UCHWAŁA Nr 6/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
składu komisji i zespołów Naczelnej
Rady Lekarskiej**

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

**UCHWAŁA Nr 7/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 stycznia 2023 r.
w sprawie organizacji posiedzenia
Naczelnej Rady Lekarskiej poza
siedzibą Naczelnej Izby Lekarskiej**

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

Dokumenty NRL i Prezydium znajdują się
na stronie internetowej NIL - www.nil.org.pl

ROZLICZENIA

Z DAROWIZNĄ WARTO SIĘ WSTRZYMAĆ

Jeśli lekarz lub lekarz dentyista chce przekazać bliskim pieniądze, a nie ma pośpiechu, lepiej, by zaczekał do wakacji. Od lipca mają obowiązywać wyższe limity wolne od podatku.

Agata Zięba

Taką niespodziankę zrobił podatnikom Sejm, uchwalając zmiany w ustawie deregulacyjnej, która zmienia m.in. ustawę o podatku od spadków i darowizn. Warto dodać, że kwoty wolne od podatku zmieniły się pod koniec ubiegłego roku – 13 października (po raz pierwszy od 2003 r.), a teraz wzrosną jeszcze bardziej. Rząd zdecydował się na taki krok, by je urealnici. Nie przystawały bowiem do obecnej rzeczywistości z gwałtownie rosnącą inflacją i cenami.

KWOTY WOLNE

Co do zasady wysokość podatku od spadków i darowizn zależy od przynależności do określonej grupy podatkowej. Najmniej płacą osoby najbliższe darczyńcy, czyli małżonek, zstępni (dzieci, wnuki), wstępni (rodzice i dziadkowie), a także pasierb, zięć, synowa, rodzeństwo, macocha, ojczym i teściowie. W tym przypadku kwota wolna wynosi 10 434 zł.

Do kolejnej grupy należą dalsi krewni. Będą to zstępni rodzeństwa (np. dzieci siostry), rodzeństwo rodziców (czyli ciocia, wujek), zstępni i małżonkowie pasierbów, małżonkowie rodzeństwa i rodzeństwo małżonków, małżonkowie innych zstępnych, a także małżonkowie rodzeństwa małżonków. W tym wypadku kwota wolna wynosi obecnie 7878 zł.

Ostatnia, trzecia grupa podatkowa, to osoby niespokrewnione. One zapłacą najwięcej od ewentualnej darowizny. W ich wypadku kwota wolna jest najniższa i wynosi 5308 zł.

Od października 2020 r. jako zstępnych przepisy traktują również osoby, które przebywają lub przebywały w rodzinie zastępczej, w rodzinnym domu dziecka, a za wstępnych odpowiednio osoby tworzące rodzinę zastępczą i prowadzące rodzinny dom dziecka. Te osoby również mogą uniknąć konieczności zapłaty podatku.

Z pięciu lat

Obliczając kwotę wolną od podatku, sumuje się wartość rynkową otrzymanej darowizny z wartością rzeczy i praw majątkowych nabytych przez obdarowanego od tej samej osoby (np. w ramach darowizny) w okresie pięciu lat poprzedzających rok, w którym nastąpiło nabycie ostatniej darowizny. Ta zasada też się zmieni. Trzeba będzie sumować nabycia z okresu pięciu lat liczonego od 1 lipca 2023 r. Co ważne, teraz sumuje się nabycia od jednej osoby, od lipca trzeba będzie sumować od wielu osób.

Jeśli zatem osoby, którym zamierzamy przekazać pieniądze, nie potrzebują ich natychmiast, warto się zastanowić nad wstrzymaniem takiej darowizny. Przy dużych kwotach w tej chwili może się pojawić konieczność zapłacenia podatku. Od lipca jest szansa, że fiskus nic nie dostanie. Podatek płaci się bowiem od wartości ponad kwotę wolną od podatku. A ta ma wynosić od lipca:

- 36 120 zł od jednej osoby (108 360 zł od wielu osób) – jeżeli nabywcą jest osoba zaliczona do I grupy podatkowej,
- 27 090 zł od jednej osoby (81 270 zł od wielu osób) – jeżeli nabywcą jest osoba zaliczona do II grupy podatkowej,
- 18 060 zł od jednej osoby (54 180 zł od wielu osób) – jeżeli nabywcą jest osoba zaliczona do III grupy podatkowej.

NAJBLIŻSI NIE MUSZĄ PŁAĆ

W przypadku darowizny dla tzw. zerowej grupy podatkowej (czyli małżonka, zstępnych, wstępnych, pasierba, rodzeństwa, ojczyma i macochy) obdarowany może wcale nie zapłacić podatku. By tak się stało, muszą być spełnione określone warunki.

Po pierwsze, konieczne jest zgłoszenie darowizny w ciągu sześciu miesięcy naczelnikowi urzędu skarbowego (jeśli warunek ten nie zostanie spełniony, darowizna będzie opodatkowana na zasadach ogólnych). Zgłoszenie następuje na specjalnym formularzu SD-Z2. Jeśli jednak podatnik nie zgłosi darowizny na tym formularzu, nie tarczy prawa do zwolnienia. Minister finansów wyjaśnił, że ustawodawca nie wskazał, by warunkiem zwolnienia z podatku było zgłoszenie wyłącznie na formularzu. Podatnicy mogą więc zgłosić darowiznę na piśmie lub do protokołu, a urzędnicy nie mogą odmówić im prawa do zwolnienia.

Drugi konieczny warunek w przypadku darowizn pieniężnych to udokumentowanie ich dowodem przekazania na rachunek bankowy obdarowanego (czyli przelewem lub przekazem pocztowym). Przekazanie gotówki z ręki do ręki nie daje prawa do zwolnienia z podatku, a o tym zdają się zapominać zarówno darczyńcy, jak i obdarowani. Prawa do zwolnienia z podatku nie będzie także wtedy, gdy np. rodzice dadzą dziecku pieniądze, a ono zaraz wpłaci je na swój rachunek w banku. Potwierdzają to interpretacje organów podatkowych (np. 0111-KDIB2-2.4015.125.2019.1.PB.).



Ośrodek
Kształcenia
COBIK NIL



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

Inspektor Ochrony Radiologicznej typu S

Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej organizuje szkolenie przeznaczone dla osób ubiegających się o nadanie uprawnień Inspektora Ochrony Radiologicznej typu S.

Szkolenie jest bezpłatne dla lekarzy i lekarzy dentystów. Dodatkowo poza możliwością uzyskania uprawnień IOR uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne wraz z certyfikatem ukończenia szkolenia.

Zapraszamy do
zapisów na kursy IOR
www.nil.org.pl



W nowej ofercie zimowo-wiosennej 2023 r. Ośrodek Kształcenia COBIK NIL przygotował dla Uczestników wiele szkoleń o tematykach prawnych, kompetencji miękkich, zarządzania oraz zawodowych i związanych z wiedzą medyczną z obszaru poszczególnych specjalizacji.

Poniżej przedstawiamy ofertę szkoleń w marcu 2023 r. :

- Szef, czyli kto? Jak być dobrym i skutecznym szefem?
- Kiedy lekarz ponosi odpowiedzialność cywilną?
- Ochrona Radiologiczna Pacjenta
- Recepty, refundacje, odpowiedzialność lekarza za źle wystawione recepty, zwrot refundacji - pytania i odpowiedzi
- Komunikacja i współpraca międzypokoleniowa
- Jak bezpiecznie prowadzić i udostępniać dokumentację medyczną – praktyczne wskazówki
- To nie charakter, że się wciąż martwi o przyszłość, lecz zaburzenie lękowe uogólnione
- Zarządzanie sobą w czasie oraz priorytetami
- Czym jest psychoterapia? Rodzaje, możliwości, ograniczenia.
- Zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym
- Hipocondria, a właściwie zaburzenia lękowe z lękiem o zdrowie i życie
- Lekarz w internecie
- Potrójna epidemia zakażeń wirusami pneumotropowymi: grypa, SARS-COV2, RSV. Aktualne problemy kliniczne.
- Profilaktyka zakażeń i chorób zakaźnych – szczepienia i antybiotyki - część 3 – zakażenia narządu wzroku
- Rozwiązywanie konfliktów
- Prowadzenie trudnych rozmów
- Żywienie pacjenta onkologicznego i pacjenta ze stomią - dlaczego tak ważne
- Jak zarządzać własnym szefem, czyli o przywództwie 360, odważnym budowaniu swojej pozycji zawodowej?
- Budowanie odporności psychicznej
- Jak opracować i wdrożyć w życie biznes plan przychodni, gabinetu lekarskiego lub dentystycznego – praktyczne wskazówki i wyzwania
- Pozyskiwanie zewnętrznych środków finansowych na badania oraz projekty badawczo-rozwojowe, w tym międzynarodowe
- Ocena pracy personelu
- Morfologia krwi obwodowej – przydatność wyniku wieloparametrowego w rutynowej diagnostyce
- Inspektor Ochrony Radiologicznej

Szkolenia organizowane przez Ośrodek Kształcenia COBIK NIL są bezpłatne i akredytowane dla lekarzy i lekarzy dentystów w ramach odprowadzania składek na rzecz Izb Lekarskich.

Zapisy na szkolenia:

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



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 10



STOMATOLOGIA

**Paweł Barucha**

wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów

WIDMO KARY BĘDZIE ZNIECHĘCAĆ

Ustawa o bezpieczeństwie leczenia, czyli samorządowy projekt ustawy o systemie rejestracji zdarzeń niepożądanych i systemie kompensacji zdarzeń medycznych, zaproponowany przez Naczelną Radę Lekarską ma służyć nie tylko bezpieczeństwu pacjentów, ale i lekarzy. Żeby zapewnić bezpieczeństwo naszym pacjentom, sami musimy czuć się bezpiecznie – mieć pewność, że w razie zdarzeń niepożądanych, które wynikną mimo postępowania zgodnie ze sztuką, nie trafimy do więzienia.

Do rzeczników odpowiedzialności zawodowej lekarzy – okręgowych, ale także naczelnego – rokrocznie przybywa wniosków o ukaranie lekarzy dentystów. Znaczna część spraw to nie błąd w sztuce, ale zdarzenie niepożądane. Najczęściej negowane są najdroższe procedury jak implanty, protetyka czy leczenie kanałowe.

Wszyscy wiemy, że pewna część zabiegów kończy się niepowodzeniem mimo dochowania największej staranności, ściślego trzymania się procedur i postępowania zgodnego z wiedzą i doświadczeniem lekarza. Z niektórych opracowań wynika, że dochodzi do nich w od kilku do kilkunastu procent przypadków.

Zabiegowiec, a takim bez wątpienia jest każdy lekarz dentyista, nie może przystępować do swojej pracy z widmem kary za zdarzenia niepożądane, na które nie ma wpływu. System oparty tylko na represjach sprawi, że chętnych do leczenia trudnych przypadków będzie brakowało, a cena takich procedur będzie bardzo wysoka. Nie jest to korzystne dla nikogo.

Dlatego tak ważne jest, by w Polsce powstał system *no fault*, chroniący zarówno pacjentów poprzez system odszkodowań, jak i lekarzy. Apeluję do kolegów lekarzy dentystów o jak najszerze poparcie samorządowego projektu ustawy o systemie rejestracji zdarzeń niepożądanych i systemie kompensacji zdarzeń medycznych i o przyłączenie się do zbierania podpisów pod nim. ■■■

STOMATOLOG ZAOSZCZĘDZI, ZOSTAJĄC INSPEKTOREM RTG

Lekarz dentyista może sam sprawować nadzór nad bezpieczeństwem stosowania aparatury rentgenowskiej. Wystarczy, że ukończy specjalne szkolenie.

Lucyna Krysiak dziennikarka

Nowoczesne technologie stosowane w leczeniu uzębienia wymuszają na stomatologach wyposażanie gabinetów dentystycznych w coraz nowocześniejsze urządzenia radiologiczne. Obecnie aparaty pantomograficzne ma na wyposażeniu 3,5 tys. gabinetów, a wiele wyposażonych jest dodatkowo w tomografię stożkową CBCT (z ang. Cone Beam Computed Tomography), pozwalającą na zobrazowanie zmian, które są niewidoczne na klasycznym prześwietleniu struktur zębowych. Prócz korzyści dla pacjenta i ułatwień w pracy lekarza dentyisty urządzenia te wymuszają pewne obowiązki.

W KAŻDYM GABINECIE

Obowiązujące od 23 września 2019 r. znowelizowane Prawo atomowe wymaga, by w każdym gabinecie stomatologicznym wyposażonym w aparaturę rentgenowską utworzone zostało stanowisko inspektora ochrony radiologicznej (IOR). Ma on sprawować wewnętrzny nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem i bezpiecznym eksploataowaniem tego rodzaju urządzeń. Aby legalnie sprawować nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej, potrzebne są uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej. Można je zdobyć podczas szkolenia, które pod koniec marca organizuje dla stomatologów Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), działający w strukturze Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK).

Uczestnicy szkolenia zapoznają się z najnowszą wersją przepisów, zaktualizowaną przez rozporządzenie ministra zdrowia z 12 grudnia 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz.U. 2022, poz. 2759), które znowelizowało warunki wykonywania testów specjalistycznych i eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i wyposażenia pomocniczego.



Dostępne na rynku aparaty rentgenowskie znacznie odbiegają od tych sprzed lat – są nowoczesne, w pełni zautomatyzowane, mają wmontowane systemy zabezpieczeń i służą lekarzom denty stomatologom tylko do diagnostyki. Stomatolodzy mają więc mieszane uczucia, jeśli chodzi o sens obwarowania ich użytkowania tak restrykcyjnymi przepisami. Prawodawca nie pozostawia im jednak wyboru i aby sprostać jego wymaganiom, muszą zatrudnić zewnętrznego inspektora albo sami zdobyć takie uprawnienia.

ZNACZNE OSZCZĘDNOŚCI

Dr Dariusz Paluszek, członek Rady Naukowej COBIK oraz inicjator i organizator szkolenia, podkreśla, że dla lekarzy denty stomatologów zdobycie uprawnień IOR ma wymierne korzyści.

– Umożliwia dostosowanie prowadzonych przez nich praktyk wyposażonych w aparaturę rentgenowską do wymogów Prawa atomowego bez konieczności zlecenia wewnętrznego nadzoru inspektorom z zewnątrz i opłacania ich usług. Gabinety stomatologiczne to mikroprzedsiębiorstwa, które wymagają od lekarzy denty stomatologów nie tylko kwalifikacji zawodowych, ale też umiejętności zarządzania. Dla lekarzy denty stomatologów, którzy muszą utrzymać gabinety na rynku w tych trudnych czasach, realizowanie we własnym zakresie wytycznych określonych w Prawie atomowym pozwala zaoszczędzić w zależności od ilości i jakości sprzętu nawet 2 tys. zł miesięcznie. W skali roku to są już duże pieniądze – przekonuje dr Paluszek.

I zaznacza, że stanowiska IOR nie muszą tworzyć gabinety wykonujące stomatologiczne zdjęcia wewnątrzustne za pomocą aparatów rentgenowskich służących wyłącznie do tego celu. Jeśli więc w gabinecie wykonuje się jedynie zdjęcia punktowe, stanowisko takie nie jest konieczne.

CHCĄ SIĘ SZKOLIĆ

Zainteresowanie wśród stomatologów szkoleniami dotyczącymi radiologii jest ogromne. Dlatego z czasem COBIK chce je rozszerzyć na cały kraj. Dr Dariusz Paluszek widzi w szkoleniach na

Czego można się dowiedzieć

Szkolenie potrwa trzy dni, z czego ostatni zostanie przeznaczony na egzamin. Łącznie obejmie ono 21 godzin lekcyjnych (45 min) m.in. z podstawowych pojęć fizyki jądrowej, promieniowania rentgenowskiego, detekcji promieniowania jonizującego, budowy i działania aparatu rentgenowskiego, pojęć stosowanych w ochronie radiologicznej, działania promieniowania na materię żywą, w tym na organizm człowieka, czy zasad ochrony radiologicznej pracowników. W programie znajdują się też zasady kontroli dawek indywidualnych, metody obliczania dawek i wymaganych grubości osłon, a także warunki bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dotyczące wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Uczestnicy poznają także zasady testów kontroli fizycznych parametrów aparatury rentgenowskiej, zapewnienia jakości w rentgenodiagnostyce, radiologii zabiegowej, radioterapii i medycynie nuklearnej. W ramach szkolenia odbędzie się 1,5 godziny zajęć seminaryjnych.

inspektora ochrony radiologicznej i zdobyciu nowych uprawnień szansę dla stomatologów, którzy z powodów zdrowotnych lub losowych nie mogą wykonywać zawodu lekarza denty stomatologa. Chodzi o osoby, które w wyniku wypadków komunikacyjnych lub chorób, np. narządu ruchu, nie są w stanie posługiwać się narzędziami denty stomatologicznymi ani pracować w wymuszonej pozycji przy unie. – Takich osób jest wśród nas wiele, a nawet bardzo wiele, ponieważ wzrasta urazowość, a także liczba chorób, np. zwyrodnienia kręgosłupa, stawów czy nowotworów piersi. Lekarze denty stomatolodzy, którzy na skutek chorób lub urazów tracą możliwość wykonywania zawodu, mimo wykształcenia medycznego i często ogromnego doświadczenia zostają wykluczeni zawodowo. Tymczasem możliwość uzyskania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej otwiera im drogę do podjęcia pracy i pozyskania środków na utrzymanie – tłumaczy dr Dariusz Paluszek.

Szkolenie zostało dostosowane do surowych wymogów. W przygotowanie jego programu zaangażowany był konsultant krajowy ds. radiologii i diagnostyki obrazowej prof. Jerzy Walecki, który jest jednocześnie ekspertem Naczelnej Rady Lekarskiej.



Choroby, KTÓRE KRADNĄ JAKOŚĆ ŻYCIA

Schorzenia dna miednicy, które w Polsce stanowią temat tabu, dotyczą ponad pięć milionów kobiet. Dwa miliony z nich wymagają operacji. Bez stworzenia podspecjalizacji z uroginekologii nie będziemy w stanie im pomóc – mówi **prof. Ewa Barcz**, członkini Rady Ekspertów NRL w rozmowie z Karoliną Kowalską.

📺 Jako jedna z pierwszych ginekologów w kraju zajęła się pani uroginekologią, dziedziną, o której mówi się od kilkunastu lat.

O uroginekologii jako tak nazwanej podspecjalizacji ginekologii i położnictwa mówi się rzeczywiście od niedawna. Sama nazwa funkcjonuje od końca XX wieku, jednak problemy, którymi się zajmuje – schorzenia dna miednicy – są stare jak świat. Towarzyszą kobietom od porodu pierwszego dziecka, odkąd człowiek przyjął postawę wyprostowaną, przeciążając dno miednicy. Kobiety od zarania dziejów miały problemy z nietrzymaniem moczu (NTM), częstomoczem, parciami nagłymi czy wypadaniem narządów – pochwy, odbytnicy czy nawet jelita jako powikłanie po ciężkich porodach. Po pierwsze jednak żyły znacznie krócej – wiek XX wydłużył ich życie o 30 lat, a po drugie – dawniej były zmuszone cierpieć w milczeniu, bo ich potrzeby się nie liczyły.

Dziś, gdy w medycynie bierze się pod uwagę nie tylko samo ratowanie życia, ale także zapewnienie pacjentowi jego komfortu i jakości, uroinekologia zyskuje na znaczeniu.

❏ Czym zajmuje się dziedzina, której poświęciła pani pierwszą w Polsce książkę „Uroinekologia. Schorzenia dna miednicy” z 2017 r.? Stała się ona zresztą jednym z dziewięciu podręczników obowiązkowym do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z położnictwa i ginekologii.

To wiedza z pogranicza ginekologii, urologii i proktologii. Zajmuje się patologią dna miednicy, czyli układu mięśniowo-powięziowego i struktur podtrzymujących w odpowiednim miejscu narządy płciowe i narządy jamy brzusznej. Chociaż o schorzeniach dna miednicy mówi się niewiele, dotyczą 30 proc. populacji dorosłych kobiet, czyli większego odsetka chorych niż nadciśnienie tętnicze i cukrzyca razem wzięte. Można przyjąć, że problem dotyczy ponad pięciu milionów kobiet w Polsce.

❏ Czym się objawiają schorzenia dna miednicy?

To zarówno problemy natury anatomicznej, jak i czynnościowej. Są to między innymi NTM – wysiłkowe, gdy do wycieku moczu dochodzi pod wpływem wysiłku, nadreaktywność pęcherza, pęcherz neurogenny, różne formy wypadania narządów miednicy mniejszej (pęcherza, cewki moczowej, macicy, pochwy, jelit, odbytnicy), zaburzenia i dysfunkcje dotyczące jakości życia związane z czynnością dolnego odcinka układu moczowego, przewodu pokarmowego oraz funkcji seksualnych.

Co istotne, schorzenia dna miednicy powodują obniżenie jakości życia. To nie są choroby, które zabijają, ale zabierają życie, wpływając na tak wiele jego sfer, że je po prostu kradną. Chora nie może wyjść na zakupy, na spacer, wyjechać na urlop, bo ciągle szuka toalety albo dlatego że – dosłownie! – macica wisi jej między nogami. Nie może współżyć albo nie ma satysfakcji ze współżycia, boryka się z nawracającymi infekcjami w układzie moczowym albo nie może

normalnie oddać stolca. A to wpływa na wszystko – na pracę zawodową, poczucie własnej wartości, intymność, relacje z partnerem. Wiele kobiet z powodu tych schorzeń rezygnuje z pracy, życia rodzinnego, zamyka się w domu i popada w depresję.

❏ Czy wiadomo dokładnie, ile Polek mierzy się z problemem?

Nie prowadzono badań epidemiologicznych w Polsce, ale można przypuszczać, że liczba 30 proc. kobiet w badaniach amerykańskich czy niemieckich stosuje się także do naszego społeczeństwa. Z naszych obserwacji wynika jednak, że problem dotyka kobiet w różnym wieku, nie tylko najstarszych. Studentki z koła naukowego przy prowadzonej przeze mnie Katedrze Położnictwa i Ginekologii Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego przeprowadziły anonimowe badanie ankietowe dotyczące NTM wśród rówieśnic, czyli kobiet w wieku 19-25 lat. Wyniki zatrwają. Epizod NTM miało 47 proc. (174) z ponad 300-osobowej grupy. Sporadycznie NTM zdarzało się u 151 ankietowanych, raz-dwa razy w tygodniu u 20, a codziennie u ośmiu. A to prze-

cież młode kobiety, które nigdy nie rodziły i nie były w ciąży. 112 uważa, że NTM powoduje pogorszenie jakości ich życia. U 83 parcia nagłące zdarzają się raz na kilka, kilkanaście dni, a u 13 – codziennie lub częściej. Wiele boryka się też z wysiłkowym NTM. Są to dziewczyny, które w późniejszym czasie wszystkie będą chore i będą wymagały operacji czy generalnie leczenia. Oczywiście,

jeśli NTM zdarza się raz na miesiąc albo raz na pół roku, jak jest się przeziębionym i się kaszle i kicha, to nie jest to problem.

❏ Choć dziś problem przebija się do świadomości społeczeństwa, choćby dzięki reklamom wkładek i pieluchomajtek, nadal mało mówi się o jego konsekwencjach.

A powinno coraz głośniejsze i coraz więcej, szczególnie o tym, że problem można leczyć. Dziś nasza świadomość i chęć zachowania komfortu życia wymaga, by medycyna zadbała nie tylko o wyleczenie,

ale także zapewnienie jakości życia. To już nie jest tak, że chcę dożyć osiemdziesiątki, ale chcę dożyć osiemdziesiątki nie tylko w dobrym zdrowiu, ale również w dobrej jakości życia.

❏ Tyle że pacjentki boją się przyznać do nietrzymania moczu nie tylko przed lekarzem, ale często przed sobą.

To prawda. NTM to w Polsce temat tabu. I to nie tylko wśród samych pacjentek, z których spora część, zwłaszcza starszych, uważa że „tak być musi”, że „to już ten wiek” czy że „o tym mówić nie wypada”. Problemu nie dostrzega też większość lekarzy, w tym – wstyd przyznać – część ginekologów. Nie pytają pacjentek o nietrzymanie moczu, więc te im nie odpowiadają. A jeśli o NTM nie pytają ginekolodzy, trudno oczekiwać, że pytać o to będą urolodzy (według relacji samych pacjentek spora część mówi, że „zajmuje się tylko poważnymi sprawami, np. rakiem”), proktolodzy, geriatrzy, interniści czy ortopedzi.

❏ ...ortopedzi?

Tak! Przypuszcza się, że NTM pośrednio odpowiada za wiele przypadków złamań szyjki kości udowej u starszych pacjentek. NTM, szczególnie parcia nagłące w nocy, powoduje, że pacjentki kilkakrotnie wstają do łazienki. Są niewyspane, zmęczone, a w dodatku gubią mocz, a wtedy łatwo o poślizgnięcie i upadek. Pytając pacjentkę o nietrzymanie moczu, ortopeda może zapobiec poważnemu urazowi.

❏ Wydaje się jednak, że ortopeda czy reumatolog ma większe prawo pominąć takie pytanie niż ginekolog. Jak to się dzieje, że pani koleżanki i koledzy nie pytają o nietrzymanie moczu?

Tak być nie powinno, ale nie jest to wyłącznie ich wina. Uroinekologia to ogromna, odrębna dziedzina wiedzy, którą program specjalizacji z położnictwa i ginekologii obejmuje tylko marginalnie. Jak już wspominałam, operacje uroinekologiczne wymagają interdyscyplinarnej wiedzy z trzech dziedzin medycyny: ginekologii, urologii i proktologii. Poza tym, w naszych zabiegach nie chodzi tylko o to, by naprawić anatomię, ale by poza efektem czysto anatomicznym, którego osiągnięcie nie jest szczególnie trudne, uzyskać naprawę upośledzonych funkcji. Dno miednicy i wszystkie narządy, które się w niej mieszczą, a więc pęcherz, cewka moczowa, pochwa, macica, odbytnica, wszystkie mięśnie

Schorzenia dna miednicy dotyczą większego odsetka chorych niż nadciśnienie tętnicze i cukrzyca razem wzięte

i rozwój płciowy, są współgrającą ze sobą, czynnościową całością i tak trzeba o niej myśleć. A nas, ginekologów, nikt tego nie uczy – ani w czasie studiów, ani potem, w toku edukacji podyplomowej. W trakcie rezydentury zabiegi uroginekologiczne są nie tyle dla chętnych, co dla tych, którzy mają szczęście robić specjalizację w zajmującym się tym ośrodku. Ja uczę tego swoich rezydentów i asystentów, ale wielu adeptów ginekologii nie ma szans nawet zobaczyć takich operacji. Sama regularnie goszczę na oddziale lekarzy z zaprzyjaźnionych ośrodków, ale nie jestem w stanie wykształcić wszystkich. Poza tym – co z tego, że jeden lekarz z Podkarpacia czy Podlasia nauczy się tych zabiegów? Nie rozwiąże problemów ponad dwóch milionów kobiet, jakie według szacunków potrzebują operacji uroginekologicznych.

📌 Jak więc rozwiązać ten problem?

Należałoby uświadomić pacjentki i lekarzy, że problemy NTM i wypadania narządów można leczyć. A równolegle stworzyć usystematyzowany system edukacji. Od lat postulujemy utworzenie podspecjalizacji szczegółowej z uroginekologii jako czwartej, po endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, perinatologii oraz ginekologii onkologicznej, podspecjalizacji położnictwa i ginekologii. Tłumaczymy urzędnikom Ministerstwa Zdrowia, że to ogromna specjalizacja, która funkcjonuje w wielu krajach. Że choć polscy lekarze mogą już dziś zdobyć specjalizację europejską z tej dziedziny, a polskie ośrodki mogą zdobyć certyfikat Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego EUGA (European Urogynaecological Association), ani europejska specjalizacja, ani certyfikat EUGA nic nie zmieniają z punktu widzenia edukacji podyplomowej w Polsce. Powinniśmy sami mieć taki system. Przede wszystkim dla dobra pacjentek, ale i całego systemu opieki zdrowotnej. Przykład złamań szyjki kości udowej, depresji czy wykluczenia z życia pokazuje, że schorzenia dna miednicy i ich powikłania generują ogromne koszty dla budżetu – nie tylko NFZ, ale i państwa.

To choroby, które nie zabijają, ale kradną życie, znacznie obniżając jego komfort i jakość

📌 Co mogą zrobić sami lekarze, nie tylko ginekolodzy?

Przede wszystkim pytać pacjentki, czy mają problemy z nietrzymaniem moczu. I wiedzieć, że można je leczyć. Najważniejsze to odpowiednio je zdiagnozować.

A na podstawie wywiadu lekarskiego może to zrobić każdy lekarz, przede wszystkim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, do którego pacjentki trafiają najczęściej. Jak wstępnie rozpoznać te choroby? Typowe dla nadreaktywności pęcherza moczowego jest „mapowanie” toalet. Pacjentki zwierają się, że jak wychodzą na zakupy, mają w głowie mapę wszystkich toalet publicznych. Mówią:

„Wiem, gdzie mogę pójść, a gdzie mnie nie wpuszczą, bo w tej restauracji do toalety wpuszczają tylko klientów. Wiem, gdzie są bary z fast foodami i stacje benzynowe, bo tam można się załatwić za darmo”. Z kolei pacjentki, które mają wysiłkowe nietrzymanie moczu, chodzą nie tyle „za potrzebą”, co „na wszelki wypadek” – pilnują, by nie wypełnić pęcherza i by nie doszło do wycieku, który w tym wypadku pojawia się, gdy ciśnienie w pęcherzu jest na tyle duże, że mocz zaczyna wyciekać. W wysiłkowym nietrzymaniu moczu wyciek następuje pod wpływem zwiększonego ciśnienia w jamie otrzewnowej, czyli uruchomienia tłoczni brzusznej poprzez kaszel, kichanie, podbiegnięcie, ale też zwykły spacer. Wszystko zależy od nasilenia tego schorzenia, stąd nazwa „wysiłkowe” może być dla pacjentek myląca. Mówią: „Ale ja nie gubię moczu przy wysiłku, gubię go nawet wtedy, gdy spokojnie idę”. Tyle że tu wysiłkiem jest wszystko to, co powoduje zwiększenie ciśnienia w jamie otrzewnowej, nawet mówienie spokojnym głosem, zaśmianie się albo głośniejsza rozmowa,

a w skrajnych sytuacjach nawet przewracanie się w łóżku na drugi bok.

📌 Lekarz diagnozuje pacjentkę i co dalej?

Wszystko zależy od stopnia nasilenia i od typu NTM. Lekarz powinien stwierdzić, czy kobieta ma wysiłkowe NTM, NTM z parć nagłych czy zespół pęcherza nadreaktywnego. Powinien też wykluczyć inne czynniki, które mogą powodować takie dolegliwości, jak np. infekcje w układzie moczowym. Leczenie NTM zależy oczywiście od stopnia nasilenia. Przy lżejszych dolegliwościach w nadreaktywności stosuje się terapię behawioralną, która obejmuje zmianę stylu życia pacjentki (zmniejszenie masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, modyfikacja rodzaju i częstotliwości przyjmowania płynów), wspomagając także fizjoterapię. W drugiej linii leczenia możemy stosować leczenie farmakologiczne w postaci leków antycholinergicznym. W najcięższych przypadkach konieczne są zabiegi takie jak podanie toksyny botulinowej czy neuromodulacja krzyżowa. W wysiłkowej formie nietrzymania moczu początkowo stosuje się fizjo- i pessaroterapię, a kolejną opcją leczenia jest oczywiście zabieg. Warto, by lekarze wiedzieli, do kogo skierować pacjentkę z problemem, którego nie da się leczyć na poziomie ich gabinetu.

📌 Kierowany przez panią Oddział Ginekologiczno-Położniczy w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym jest jednym z kilku w Polsce, jeśli nie jedynym, który oferuje kompleksowe leczenie schorzeń dna miednicy, w tym nietrzymania moczu.

Tymczasem powinno ich być znacznie więcej tak, by około dwóch milionów kobiet, które, jak szacujemy, potrzebują dziś operacji, miało ją zapewnioną. Ale to uda się tylko wtedy, kiedy usystematyzujemy system kształcenia uroginekologów, tworząc podspecjalizację ginekologiczną. ■■■

PROF. EWA BARCZ

– prodziekan ds. klinicznych i rozwoju Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego (WMCM UKSW), kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa UKSW, kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Międzyzleskim Szpitalu Specjalistycznym, członkini Rady Ekspertów Naczelnej Rady Lekarskiej

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

SPRZEDAŻ E-RECEPT I E-ZWOLNIEŃ TO NIE TELEPORADA

Komercyjne wystawianie zwolnień i recept online na żądanie jest błędną interpretacją zasad obowiązujących w telemedycynie – przypomina Komisja Etyki Lekarskiej NRL.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna

Stanowisko Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej (KEL NRL) z 12 lutego 2023 r. to reakcja na artykuł Pauliny Nowosielskiej „Złoty biznes na e-zdrowiu”, który ukazał się 31 stycznia w „Dzienniku Gazecie Prawnej”. Autorka przeprowadziła prowokację dziennikarską, w nieco ponad godzinę bez kontaktu z lekarzem uzyskując receptę na silny lek przeciwlękowy i przeciwpadaczkowy oraz e-zwolnienie. Dziennikarka skorzystała z usług jednego z portali oferujących e-recepty za 65 zł, a e-zwolnienia za 99 zł.

Żeby wystawić receptę na lek, wirtualnemu wystawcy recept wystarczyła ankieta z imieniem, nazwiskiem, adresem e-mail, informacjami na temat alergii i chorób przewlekłych oraz pytaniem o przyczynę wnioskowania o ten konkretny lek. Po wpisaniu „zaburzeń nastroju”, redaktor Nowosielska otrzymała receptę. Przy zwolnieniu, które wymagało wprowadzenia numeru NIP pracodawcy, jako możliwą przyczynę formularz podpowiedział wybrany przez dziennikarkę „np. ból kręgosłupa”. Nikt się z nią nie skontaktował, by uzyskać dodatkowe informacje czy zebrać wywiad medyczny. Po kilkudziesięciu

***KEL przypomina,
że sprzedaż
recept i zwolnień
na żądanie nie są
równoznaczne
z teleporadą***

minutach e-recepta i e-zwolnienie zostały wystawione. Zdaniem ekspertów podobne praktyki mogą być powszechne.

KRYTYCZNIE OCENIAMY

Dlatego KEL przypomina, że sprzedaż recept i zwolnień na żądanie nie są równoznaczne z teleporadą, która jest świadczeniem zdrowotnym udzielanym na odległość. „Zgodnie z obowiązującą definicją teleporada jest świadczeniem zdrowotnym udzielanym na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Teleporada to uznany na świecie sposób sprawowania opieki nad pacjentem i może być traktowana jako jeden ze standardów postępowania medycznego pod warunkiem podejmowania działań lekarskich z należytą starannością. Integralnym elementem porady lekarskiej jest

w zależności od potrzeb pacjenta wystawianie zaświadczeń, recept i zwolnień lekarskich” – przypomina komisja w swoim stanowisku. Dodaje, że katalog obowiązków lekarza oraz praw pacjenta pozostaje niezmienny, niezależnie od sposobu realizacji porady lekarskiej, a zasady dotyczące udzielania teleporad przy wykorzystaniu technologii telemedycznych oraz porad osobistych są zasadniczo takie same. Również zasady odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej za świadczenia telemedyczne są takie same jak w przypadku innych świadczeń, a świadczeniobiorcy przysługują wszystkie prawa pacjenta.

Zdaniem KEL komercyjne wystawianie zwolnień i recept online na żądanie jest błędną interpretacją zasad obowiązujących w telemedycynie. Dlatego krytycznie ocenia ona zjawisko oferowanych w internecie usług odpłatnego wystawiania recept i zwolnień, zwłaszcza w sytuacjach, kiedy do otrzymania recepty czy zwolnienia wystarczy wypełnić krótką ankietę niespełniającą kryterium badania podmiotowego i sugerującą pacjentowi objawy, a także gdy czynnością uruchamiającą procedurę otrzymania dokumentu jest dokonanie płatności, a pacjent nie ma jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem. KEL potępia również sytuacje, gdy oferty wystawiania recept i zwolnień służą jedynie ich odpłatnej sprzedaży, noszą cechy reklamy i np. oferują specjalne zniżki za wypełnienie ankiety, a pacjent nie był wcześniej badany i leczony przez danego lekarza wystawiającego receptę bądź zwolnienie na żądanie.

PAMIĘTAJCIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI

Komisja przypomina, że lekarze wydający recepty i zwolnienia w opisanym trybie narażają się na odpowiedzialność zawodową z powodu naruszenia Kodeksu Etyki Lekarskiej:

- art. 8 – w zakresie niedochowania należytej staranności i niepoświęcenia pacjentowi należytego czasu,
- art. 9 – w zakresie określenia wyjątków, kiedy porada może być udzielona na odległość,
- art. 10 – w zakresie wykraczania poza umiejętności zawodowe w sytuacji wystawiania zaświadczeń spoza posiadanej specjalności lekarskiej,
- art. 11 – w zakresie braku dbałości o odpowiednią jakość opieki nad pacjentem,
- art. 40 – w zakresie wydawania zaświadczeń bez osobistego badania i/lub odpowiedniej dokumentacji.

TOWARZYSTWA NAUKOWE



Bez ruchu i diety NIE DA SIĘ WALCZYĆ Z OTYŁOŚCIĄ

Z **prof. Dariuszem Lebensztejnem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, rozmawia Lucyna Krysiak.

IZ Z badań Instytutu Matki i Dziecka (IMiD) wynika, że polskie dzieci cierpią na otyłość, zespół metaboliczny, cukrzycę typu 2, a nawet nadciśnienie tętnicze.

Badania prowadzone zarówno przez IMiD, wcześniej Instytut Żywności i Żywienia (IZŻ), jak i uniwersytety medyczne

jednoznacznie dowodzą, że mamy do czynienia z epidemią, a w skali świata pandemią otyłości, i że zjawisko to się nasila. Badano masę ciała dzieci i na tej podstawie wnioskowano, czy mają nadwagę, czy nie. Mierzono też obwód talii świadczący o otyłości trzewnej, którą rozpoznano aż

u 25 proc. badanych chłopców w wieku 8 lat i 20 proc. dziewcząt w tym samym wieku. A to właśnie otyłość brzuszna predysponuje do rozwoju zespołu metabolicznego, który może się przejawiać cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym, stłuszczeniową chorobą wątroby i innymi dolegliwościami.

IZ Jak to zmienić?

Niełatwo odwrócić trend, który rozwija się przez dziesięciolecia. Z badań IZŻ wynika, że w ciągu ostatnich 25-30 lat otyłość wśród 11-letnich chłopców wzrosła trzykrotnie, a u dziewczynek w tym samym wieku aż dziesięciokrotnie. To dowód na to, jak szybko postępuje to zagrożenie. Główną terapią jest modyfikacja trybu życia, ale otyłość to choroba wieloczynnikowa, wiązana zarówno z genami, jak i środowiskiem. Nie na wszystko mamy wpływ, ale możemy zmieniać sposób myślenia na temat żywienia i zachęcać do aktywności fizycznej. Choć wydaje się to proste, takim nie jest i wymaga działań na wielu poziomach. Nadzieję budzą leki – tzw. analogi GLP-1, zarejestrowane już przez Unię Europejską i stosowane w leczeniu otyłości u dzieci powyżej 12. roku życia. One jednak tylko wspomagają leczenie dietetyczne i ruchowe. A chodzi o to, by zdrowe nawyki żywieniowe stały się normą. To natomiast wymaga zmian w świadomości całych społeczeństw. Na liście grzechów są: nadmierne spożycie fast foodów, słodczy, napojów słodzonych, za mała konsumpcja warzyw i owoców. Jeszcze gorzej jest z aktywnością fizyczną. Dziecko w wieku szkolnym bardzo trudno odciągnąć od komórki czy komputera i nakłonić do jazdy na rowerze, pływania czy namówić na zwykły spacer.

IZ Czy pandemia COVID-19 ma w tym swój udział?

Z badań IMiD wynika, że w czasie pandemii dzieci o 17 proc. częściej sięgały po słone przekąski i o 23 proc. częściej po słodczy. Rzadziej też wychodziły z domów, mniej się ruszały, nieregularnie jadały, później zasypiały i później wstawały, co zaburzało ich dobowy rytm i sprzyjało otyłości.

IZ Czy otyłość i zespół metaboliczny mają związek z częstością występowania nieswoistych chorób zapalnych jelit? Tak. Nieswoiste choroby zapalne jelit

klasyfikują się na pograniczu chorób autoimmunizacyjnych i środowiskowych. W pierwszym okresie życia dominują czynniki genetyczne, a im bliżej okresu dorastania, tym wyraźniej objawia się predyspozycja wielogenowa i wpływ środowiska. Należą do nich wielokrotne, często zbędne antybiotykoterapie, szczególnie u małych dzieci, zanieczyszczenie środowiska i błędy żywieniowe (żywność wysoko przetworzona, posiłki mało zróżnicowane, z barwnikami, polepszaczami smaku) które doprowadzają do zaburzeń flory bakteryjnej, mikrobioty jelitowej, wywołując tzw. dysbiozę. Pod wpływem czynników genetycznych i środowiskowych może się rozwinąć wrzodziejące zapalenie jelita grubego czy choroba Leśniowskiego-Crohna. W chorobach tych, tak jak przy otyłości, należy się nastawić głównie na modyfikację stylu życia w postaci odpowiedniej diety i ilości ruchu. Mniejszą rolę przypisuje się farmakoterapii. Obowiązuje tu drabina farmakologiczna, którą należy zastosować, ale dostępne jest już bardziej postępowe leczenie biologiczne np. inflik-symabem lub adalimumabem. Mamy też programy lekowe dla dzieci powyżej 6 lat, które także umożliwiają korzystanie z nowoczesnych terapii biologicznych, i ratunkowy dostęp do technologii lekowych, gdy wszystkie inne możliwości zostaną wyczerpane (vedolizumab czy ustekinumab).

1 Lawinowo rosną także u dzieci i młodzieży schorzenia wątroby.

Zmieniła się epidemiologia chorób wątroby u dzieci i młodzieży. Do niedawna plagą było wirusowe zapalenie wątroby (WZW) typu B, ale dzięki obowiązkowym szczepieniom prawie całkowicie zostało wyeliminowane. Mimo że nie ma szczepionki, wirusem typu C dzieci zakażają się rzadko. Jeśli już do tego dojdzie, stosuje się z bardzo dobrym skutkiem nowoczesne leczenie genotypowe. Większym problemem jest niealkoholowe stłuszczenie wątroby, które przybiera rozmiar pandemii. Choroba ta u dzieci nosi nazwę stłuszczeniowej choroby wątroby związanej z dysfunkcją metaboliczną i otyłością brzuszna. Zmiana nazwy uwzględniła zespół metaboliczny i ten typ otyłości.

1 Jak groźne jest tego rodzaju stłuszczenie?

Na jego tle rozwijają się stany zapalne wątroby, włóknienie, a nawet marskość i niewydolność tego narządu, a w konsekwencji konieczność przeszczepu. Zatem

epidemia nadwagi i otyłości przekłada się nie tylko na ryzyko sercowo-naczyniowe czy cukrzycę typu 2, ale na funkcjonowanie narządów. Niestety, nie mamy leków na chorobę stłuszczeniową wątroby, dlatego modyfikacja żywienia, ruch i stopniowa redukcja masy ciała mają tu kluczowe znaczenie.

1 Jaki wpływ na późniejszy stan układu trawiennego u dzieci i młodzieży ma żywienie w niemowlęctwie?

Ogromny. Zaczyna się od prawidłowego żywienia kobiet w ciąży i po porodzie, preferowane jest karmienie piersią, a później wprowadzenie u dziecka pokarmów uzupełniających. To wszystko przekłada się na późniejsze etapy żywienia w procesie dorastania. PTGHiZD dba o to, aby ten proces przebiegał prawidłowo od niemowlęctwa do dorosłości. Wydajemy rekomendacje dotyczące np. karmienia piersią, żywienia zdrowych niemowląt. Często działamy wspólnie z innymi towarzystwami. Braliśmy udział w opracowaniu standardów leczenia żywieniowego, a także spożycia wody czy obecności cukrów w żywieniu dzieci i młodzieży. Staramy się dostosowywać nasze rekomendacje do sytuacji i potrzeb. Stanowisko towarzystwa dotyczące obecności cukrów w żywieniu dzieci i młodzieży zostało nawet opublikowane.

1 Jaki jest stan polskiej gastroenterologii dziecięcej oraz dostępność nowoczesnych terapii?

We wszystkich szpitalach uniwersyteckich i instytutach pediatrycznych funkcjonują kliniki gastroenterologiczne, które zajmują się patologiami przewodu pokarmowego, w co wpisuje się hepatologia i żywienie dzieci. Nie ma więc problemów z opieką specjalistyczną. W 2014 r. powołano specjalizację z gastroenterologii dziecięcej i dysponujemy już ponad stu specjalistami w tej dziedzinie. Towarzystwo uczestniczyło w pisaniu programu tej specjalizacji. Mamy też dostęp do nowoczesnych terapii zarówno w nieswoistych zapaleniach jelit, jak i WZW typu C, a także programów lekowych stosowanych w chorobach rzadkich, ponieważ gastrologia, a szczególnie hepatologia dziecięca, także zajmują się chorobami

rzadkimi, np. chorobą Wilsona czy tzw. wrodzonymi błędami metabolicznymi. Obecnie powstają w Polsce centra leczenia chorób rzadkich, ale znaczna część chorych trafia do gastroenterologów i hepatologów dziecięcych. Współpracujemy w tym zakresie z ośrodkami międzynarodowymi i innymi specjalnościami, np. chirurgami i transplantologami. Jednak nawet najlepsze leczenie w najlepszych ośrodkach nie pokona skutków zdrowotnych otyłości i zespołu metabolicznego, jeśli nie zaczniemy prawidłowo odżywiać dzieci i nakłaniać, by się zaczęły ruszać.

1 Tylko jak modyfikować nawyki żywieniowe, kiedy dzieci są bombardowane agresywną reklamą niezdrowych produktów?

Szczególnie słodczy i jest to nie tylko nasz rodzimy problem. Dwa lata temu Hiszpania jako pierwszy kraj w Europie wprowadziła zakaz reklamowania słodczy oraz produktów z wysoką zawartością cukru. Z jakim skutkiem? Na razie trudno powiedzieć, ale świadomość zagrożeń wynikających z nadmiernego spożywania cukru wzrasta i z czasem taki zakaz wprowadzą także inne kraje. Jednak jest to proces i nie należy liczyć na szybkie efekty.

1 Jak działalność Towarzystwa wpisuje się w te trendy?

Towarzystwo powstało w 1998 r., przynależą do niego gastroenterolodzy, hepatolodzy dziecięcy, ale też pediatrzy, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, naukowcy oraz żywieniowcy, którzy pragną poszerzać wiedzę na temat zasad postępowania z pacjentem gastroenterologicznym. Otyłość, zespół metaboliczny u dzieci i wynikające z nich zagrożenia stają się powszechne. Budzą więc zainteresowanie lekarzy różnych dziedzin, a nas inspirują do współpracy z nimi (endokrynologami, diabetologami, kardiologami, chirurgami, immunologami, dietetykami, fizjoterapeutami) i innymi towarzystwami (organizujemy kursy, konferencje, szkolenia). Obecnie wiele chorób jest leczonych przez zespoły terapeutyczne. Towarzystwo wydaje opinie, stanowiska, które są ważną, praktyczną wskazówką dla takich zespołów i w tym najbardziej ujawnia się interdyscyplinarny charakter naszych działań.

PRZYCHODZI FARMACEUTA DO LEKARZA

Ksiądz, lekarz, aptekarz. Kto nie słyszał o tej triadzie? Na studiach z nieśmiałym uśmiechem, w pracy ze zrozumieniem. Życie pokazuje, że opieka nad chorymi nie jest możliwa bez codziennej współpracy między lekarzami a farmaceutami.



Mariusz Politowicz

członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

Pandemia wymusiła powszechne stosowanie e-recepty, która zmieniła nasze przyzwyczajenia. Oprócz plusów pojawiły się minusy: zlikwidowała wiele dotychczasowych problemów, ale wygenerowała nowe, wcześniej nieznanne.

Przeglądając internet, można znaleźć mnóstwo przykładów wadliwych e-recept. Nie chodzi o legendarnie nieczytelne lekarskie pismo, które farmaceuti i tak odczytywali. Problem jest poważniejszy. Z jednej strony, chodzi o różne oprogramowania gabinetowe, które służą do generacji e-recept. Z drugiej, o brak tzw. walidacji. Chodzi o systemowy brak blokady wadliwego wystawiania e-recept, co skutkuje problemami lub wręcz niemożnością ich realizacji.

Monitor komputera nie ma uczuć. Podobnie dział kontroli w NFZ. O ile farmaceuta rozumie, że skutek nawału obowiązków pojawiają się problemy, to nie sposób oczekiwać, że pacjent zrozumie lekarza, który wpisał dawkowanie: „3331 razy dziennie 1 tabl. o stałej porze dnia (rano: 1)” lub „21 x dziennie 11 tabl. (na noc 11)”. Chory może skorzystać z wydruku informacyjnego lub Internetowego Konta Pacjenta (IKP) i zastosować wadliwe dawkowanie wpisane tam przez lekarza, któremu ufa. Może się skonsultować z sąsiadką, internetem lub

PRZEGŁĄD LEKOWY TO POMOC, A NIE INGERENCJA

farmaceutą. Mimo zachęty do konsultacji z fachowcem każda reklama utwierdza nieprofesjonalnego nabywcę leku, że sam się może leczyć, w tym określać poprawność dawkowania. Dlaczego więc miałby sobie nie ufać, że wszystkimi tego złymi skutkami?

Jeśli państwowe systemy, na których wspólnie pracujemy, umożliwiają wygenerowanie wadliwych recept, w nieunikniony sposób dojdzie do sporów. Niepotrzebnych nikomu, a zwłaszcza pacjentom.

Wszyscy się zgodzimy, że lekarze i farmaceuti nie mają problemów ze zrozumieniem słowa pisanego. Jeśli jednak stale mają kłopoty ze stosowaniem często zmienianych przepisów w sprawie recept, przyczyna leży po stronie przepisów. A raczej ich twórców, którzy mimo naszych uwag zamiast upraszczać, stale je komplikują.

„
**Z punktu
dystrybucji
leków apteka
ma się stać
punktem
udzielania
świadczeń
zdrowotnych**

Pandemia pokazała słabości polskiego systemu ochrony zdrowia. Dziś już prawie nikt nie pamięta o kwiatach, darmowych pizzach i oklaskach w podziękowaniu za trud. Powróciła roszczeniowość lub zrozumiała niechęć do kolejek w poczekalniach. Byłyby większe, gdyby w aptekach nie można się było zaszczepić. Od lipca 2021 r. farmaceuti podali 3 mln dawek przeciwciwcovidowych. Szczepią także przeciwko grypie, a mogliby jeszcze przeciw innym chorobom. Pomijając efekt zdrowotny, warto przeliczyć to na czas zaoszczędzony przez lekarzy. Warto, prawda?

W dyskursie publicznym od lat pojawiają się słowa o zmianie paradygmatu apteki. Z punktu tylko dystrybucji leków ma się stać punktem udzielania – że zacytuję ustawodawcę – świadczeń zdrowotnych.

Nie spotkałem lekarza, który byłby zachwycony zwiększaniem liczby obowiązków, zwłaszcza biurokratycznych. Dlatego nadchodząca nowa usługa apteczna, przegląd lekowy (PL), powinien być postrzegany jako pomoc w pracy, a nie próba ingerencji w proces terapeutyczny prowadzony przez lekarza. Czym jest PL? W uproszczeniu: lekarz na tacy dostanie dane o lekach, które pacjent przyjmuje, i to zarówno przepisanych przez innych lekarzy, jak i kupionych niekoniecznie w aptecce pod wpływem reklam lub podpowiedzi sąsiadki. Jak w innych krajach dostanie opis problemu przygotowany przez fachowca od leków, w tym interakcji między nimi, a nie przez przypadkowego szperacza po równie przypadkowych stronach internetowych.

Warto? Sądzę, że tak. Non-compliance jest problemem na całym świecie. Polskie społeczeństwo się starzeje. Personel medyczny także. Młodzi absolwenci, którzy poznali świat i zauważyli różnice, często wolą pracować w innych krajach. Bez scedowania dotychczasowych obowiązków na inne zawody medyczne, tu farmaceutów, system się zablokuje nawet bez pandemii.

CZYTELNIA

ZAWSZE MOŻNA SIĘ DOGADAĆ. TRZEBA TYLKO CHcieć

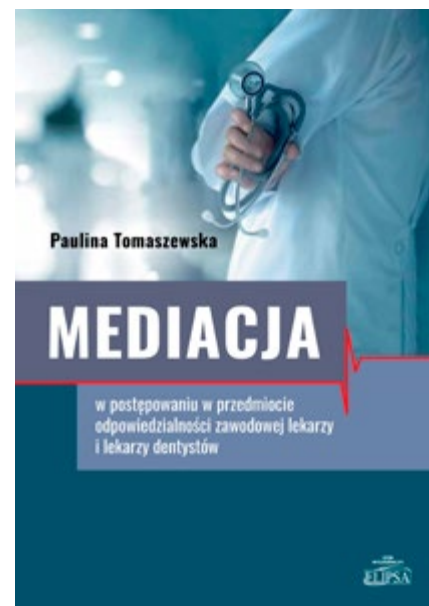
Nie każdy przypadek dotyczący odpowiedzialności zawodowej lekarzy musi się kończyć skierowaniem wniosku do sądu. Z pomocą przychodzą alternatywne metody rozwiązywania sporów.

Agata Zięba

Taki wniosek płynie z lektury książki Pauliny Tomaszewskiej, która analizuje wyniki badań przeprowadzonych w izbach lekarskich w sprawach, w których strony postępowania kierowano do mediacji. Pokazuje, że korzyści w takim przypadku mogą być zarówno po stronie pokrzywdzonych pacjentów, jak i obwinionych lekarzy. Dzięki zaangażowaniu mediatora udaje się znaleźć płaszczyznę porozumienia: pacjent może wyrzucić z siebie emocje, przedstawić swój punkt widzenia, wysłuchać lekarza. Co jednak najważniejsze, w mediacji udaje się wypracować – często niestandardowe – rozwiązanie konfliktu, które nie byłoby możliwe przed sądem lekarskim.

Autorka w publikacji zwraca uwagę na wiele ciekawych aspektów, m.in. to, czy postępowanie mediacyjne prowadzone we właściwej terenowo izbie lekarskiej, której członkiem jest obwiniony lekarz, rzeczywiście jest neutralne i bezstronne z punktu widzenia pacjenta. Zauważa, że w niektórych izbach zdarzało się, że mediatorzy nie byli w ogóle powoływani co – jak wiadomo – powodowało, że do mediacji nie można było skierować żadnej sprawy.

Bardzo cenne są spostrzeżenia autorki dotyczące ciągle małego odsetka spraw trafiających do mediacji i wskazanie przypadków, które szczególnie powinny jej podlegać. Autorka zauważa też, że często się zdarza, iż strony w ogóle



Paulina Tomaszewska, „Mediacja w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów”, Dom Wydawniczy Elipsa

o możliwości mediacji nie są informowane. Omawiane opracowanie to jedna z nielicznych pozycji na rynku, tak szeroko opisująca mediację i jej zalety, o których ciągle za mało się mówi i pisze. Dla czytelników może być cenna zwłaszcza dlatego, że omawia postępowania dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów. W relacji pacjent – lekarz nie trudno o stresujące sytuacje. Po lekturze książki Pauliny Tomaszewskiej i mediatorom, i stronom tych konfliktów będzie łatwiej znaleźć niż porozumienia. ■■■

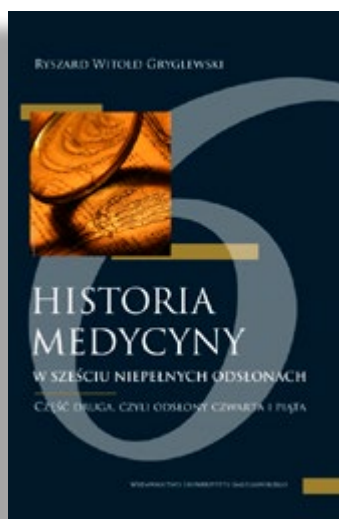
ENDOKRYNOLOGIA WIEKU ROZWOJOWEGO



Redakcja naukowa:
Beata Pyrzak,
Mieczysław Walczak

Drugie wydanie książki na temat zaburzeń hormonalnych u dzieci, poprawione i uzupełnione o nowe podrozdziały. Publikacja została wzbogacona m.in. o schemat postępowania u dziecka z dysfórią płciową. Nie mogło też zabraknąć informacji o niektórych nowych terapiach stosowanych w wybranych schorzeniach – np. w leczeniu chorób tarczycy czy otyłości. Książka została objęta patronatem Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

HISTORIA MEDYCYNY W SZEŚCIU NIEPEŁNYCH ODSŁONACH (CZ. II)



Ryszard W. Gryglewski

Podróż zabierająca czytelnika w głąb dziejów nauki i sztuki medycznej. To historia opowiadana z perspektywy sześciu najważniejszych, zdaniem autora, uniwersalnych problemów, z którymi medycyna mierzyła się tak w przeszłości, jak i dzisiaj. W 2021 r. powstała część pierwsza książki, w której znajdują się rozważania nad budową organizmu człowieka, zrozumieniem jego funkcji życiowych oraz poznaniem mechanizmów, które mają na niego szkodliwy wpływ. Najnowsza, druga część, to kolejne odsłony dziejów medycyny – tym razem o rozpoznawaniu procesów chorobowych i poszukiwaniu skutecznych terapii.

PRZYJRZYJMY SIĘ SOBIE



Renata Jeziółkowska
rzeczniczka prasowa NIL

COKOLWIEK ROBIĘ, KOMUNIKUJĘ

Brak informacji jest informacją. Brak reakcji jest reakcją. Często nasz gest, mimika, spojrzenie, postawa, wygląd, brzmienie głosu mówią o nas więcej niż słowa. Do tego należy dorzucić wszelkie filtry stosowane u odbiorcy naszego przekazu i stereotypy, których rolą jest upraszczanie otaczającego nas szumu komunikacyjnego. Pierwszym krokiem do skutecznej komunikacji jest zdanie sobie sprawy, jakimi ścieżkami komunikujemy i jak to robimy.

Nasza sprawczość w dużej mierze zależy od sprawności komunikacyjnej. Gdy mamy wysokie kompetencje komunikacyjne, jesteśmy słuchani i przekonujący, wzbudzamy zaufanie. Rzadko zdarza się, że ktoś jest urodzonym mówcą i wszyscy „kupują” to, co przekazuje. Zazwyczaj nawet osoby bardzo utalentowane, mające określone cechy osobowości, muszą bardzo dużo ćwiczyć, by uzyskać dany stopień sprawności. Sprawność komunikacyjna jest niezbędna w karierze politycznej, pracy dziennikarza czy... rzecznika prasowego. Ale pomaga osobom wykonującym każdy zawód, a także ułatwia funkcjonowanie w życiu prywatnym i w budowaniu relacji. Byśmy byli dobrze rozumiani i skuteczni w komunikacji z innymi ludźmi, a patrząc dalej – podczas wystąpień publicznych czy

wywiadów w mediach – musimy najpierw przyrzeć się samym sobie. Poprzez ten cykl w „Gazecie Lekarskiej” postaram się pomóc Państwu w tym przyglądaniu się.

Gdy zdajemy sobie sprawę z siły naszych środków wyrazu i potrafimy je okiełznać lub wzmocnić – możemy obserwować już w codziennych sytuacjach, jak wpływamy na otoczenie, na naszych rozmówców. Zupełnie inne są reakcje na te same słowa, gdy wypowiadam je szybko, niechlujnie, bez akcentowania kluczowych wyrazów, z chaotyczną gestykulacją i błędzającym po suficie spojrzeniem, niż gdy mówię spokojnie, stosując pauzy, akcentując, wzmacniając dane frazy wyważonym gestem, patrząc rozmówcy w oczy, wykazując postawę otwartą. Brzmi banalnie, a nawet zabawnie? Owszem. Zachęcam więc do szybkiego eksperymentu. Proszę włączyć kamerę w telefonie, ustawić kadr, by ciało było widoczne co najmniej od pasa w górę i wypowiedzieć się w sposób spontaniczny na zupełnie dowolny temat. A później proszę odtworzyć nagranie. Ktokolwiek jest z siebie zadowolony, niech pierwszy rzuci kamieniem. Ja zawsze surowo oceniam każde własne wystąpienie. A do każdego kolejnego, lepiej przygotowanego, mam odrobinę mniej uwag. ■■■

Autorka jest specjalistką w zakresie mediów i komunikacji społecznej, dziennikarką telewizyjną, redaktorką gazet

O TYM SIĘ MÓWI

RZĄDOWY PROJEKT TZW. USTAWY O JAKOŚCI VS. NO FAULT

Przez ostatnie tygodnie Naczelna Izba Lekarska w przekazach medialnych wyjaśniała, na czym polega system *no fault* i dlaczego z punktu widzenia bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i lekarza jest on niezbędnym elementem regulacji ustawowych. Na każdym etapie procedowania w parlamencie rządowego projektu tzw. ustawy o jakości komentowaliśmy jego założenia i podkreślaliśmy, jakie braki dostrzega samorząd lekarski, jakie zgłasza uwagi i co konkretnie postuluje. Tłumaczyliśmy także założenia projektu ustawy dotyczące bezpieczeństwa leczenia przygotowanego w NIL, mającego wprowadzić realne *no fault*. Stanowiska NRL, Prezydium NRL oraz organizowane przez nas konferencje były szeroko opisywane w mediach. Samorząd pracuje obecnie nad kolejnymi środkami wyrazu promującymi *no fault* wśród pacjentów. Więcej na str. 6-9.

„Nam nie chodzi o to, żeby personel medyczny czuł się bezkarny, ale żeby czuł się bezpieczny. To jest różnica. Do zdarzenia niepożądanego może dojść nawet, kiedy cały proces leczniczy przebiegnie prawidłowo”
wiceprezes NRL Paweł Barucha, cytad z posiedzenia specjalnej podkomisji w Sejmie RP

WYNAGRODZENIA

Zarobki, formy zatrudnienia, w tym premiowanie pracy w jednym miejscu w publicznym sektorze, to tematy wciąż powracające na łamach prasy. Lekarze z NRL podkreślali, że samo premiowanie nie rozwiąże problemów kadrowych w publicznej ochronie zdrowia, że choć kierunek wydaje się dobry, należy zacząć od poprawy warunków pracy, w tym bezpieczeństwa prawnego. Zwracano również uwagę na postulat środowiska lekarskiego – trzy średnie krajowe dla lekarza specjalisty, dwie średnie krajowe dla lekarza bez specjalizacji.

REFUNDACJA

Głośno w mediach było o karach dla lekarzy, którzy wypisywali recepty refundowane na preparat mlekozastępczy dla dzieci powyżej 12. mies. ż. (refundacja tego preparatu przysługuje do 12. miesiąca), które wykazywały ostre reakcje alergiczne. Prezydium NRL apelowało do Ministerstwa Zdrowia oraz aktywnie działało na rzecz lekarzy postępujących zgodnie ze wskazaniami medycznymi, a także w sprawie zniesienia obowiązku lekarzy dotyczącego określania poziomu refundacji na receptach. NIL zorganizowała spotkanie z ukaranymi lekarzami, przedstawicielami NFZ, prawnikami, rzecznikiem praw lekarza. Odbyło się także spotkanie z konsultantkami krajowymi w dziedzinach pediatrii, alergologii i gastroenterologii dziecięcej, podczas którego rozmawiano o pomysłach powołania zespołu, który mógłby być wsparciem dla NFZ przy analizach przeprowadzanych kontroli.



Fragment apelu PNRL w sprawie przebiegu kontroli refundacji preparatów mlekozastępczych

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Punktem wyjścia dyskusji medialnych na temat etyki lekarskiej była głośna sprawa lekarki influencerki, która wzbudziła oburzenie w przestrzeni publicznej wypowiedziami na temat przyjmowania pacjentów poza kolejnością. W kontekście tej sytuacji wskazywaliśmy rolę pionu odpowiedzialności oraz odnosiliśmy się do Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przy okazji przypominaliśmy w mediach o pracach prowadzonych nad aktualizacją KEL.

FAŁSZYWY LEKARZ

Poruszenie w przestrzeni publicznej wywołała sprawa zapraszanego często do mediów w roli eksperta mężczyzny podającego się za lekarza. Informowaliśmy dziennikarzy oraz opinię publiczną o prostym sposobie zweryfikowania, czy ktoś jest lekarzem – mianowicie o możliwości skorzystania ze znajdującego się na stronie NIL Centralnego Rejestru Lekarzy.

KSZTAŁCENIE, SZKOLENIA

Nie milkną komentarze na temat wprowadzanych i planowanych zmian względem różnych etapów szkolenia przyszłych lekarzy i lekarzy specjalistów. Prezydium NRL w reakcji na zapowiedziane zmiany w programach specjalizacji, polegające m.in. na skróceniu szkoleń czy określenia dla jednostek szkoleniowych niemożliwych do spełnienia wytycznych, zaapelowało o wstrzymanie wdrożenia nowych programów szkolenia specjalizacyjnego do czasu merytorycznych uzgodnień ze środowiskiem lekarskim i towarzystwami naukowymi. Przedstawiciele samorządu zabierają głos także w kwestiach otwierania kierunku lekarskiego na kolejnych uczelniach, podkreślając obawy o obniżenie jakości kształcenia, przekładające się na bezpieczeństwo pacjenta.

ZGŁASZANIE NIEDYSPOZYCJI ZDROWOTNEJ

Dziennikarze wielokrotnie dopytywali przedstawicieli NRL o pomysł samorządu polegający na możliwości zgłoszenia pracodawcy (do 3-5 dni w roku) niedyspozycji zdrowotnej bez konieczności kontaktu z lekarzem. Pomysł ten krytycznie ocenił minister zdrowia, na co lekarze z NRL ponownie tłumaczyli zasadność takiego rozwiązania. Przytaczano przykłady bolesnej menstruacji czy niestrawności.

„Minister zdrowia postawił się sam w dosyć trudnej sytuacji, bo trzeba mieć świadomość, że nie dyskutuje z nami, lekarzami, tylko dyskutuje z systemami z Zachodniej Europy, w których taki system niedyspozycji zdrowotnej działa idealnie. (...)”.

prezes NRL Łukasz Jankowski w *Onet Rano*

LEKARZE Z ZAGRANICY

Nadal toczą się dyskusje na temat lekarzy z zagranicy. Samorząd niezmiennie stoi na stanowisku, że konieczna jest znajomość języka polskiego przekładająca się na bezpieczeństwo pacjentów, jak też znajomość polskiego systemu ochrony zdrowia. Lekarze z NRL w wywiadach przypominali o propozycji organizowania dla lekarzy spoza UE, w tym z Ukrainy, płatnych staży adaptacyjnych.

RECEPTY/ZWOLNIENIA – NIESZCZELNOŚĆ SYSTEMU

Samorząd odnosił się do kwestii etycznych związanych z działalnością podmiotów komercyjnie wystawiających e-recepty i e-zwolnienia. Zwracano uwagę na odpowiedzialność zawodową lekarzy, którzy biorą udział w wątpliwych etycznie procedurach, i podkreślano konieczność uszczelnienia zasad udzielania świadczeń na odległość i narzucenia konkretnych ram gwarantujących bezpieczeństwo, m.in. poprzez stworzenie listy leków, które można byłoby uzyskać w ramach świadczeń na odległość.

„Absolutnie dostrzegamy sensowność teleporad, natomiast bezwzględnie przepisy należy doprecyzować i uszczelnić system. W tej sprawie po naszym apelu odbyło się pod koniec ubiegłego roku spotkanie w MZ. (...) Chodzi również o to, by recepty na leki spoza takiej listy mógł wystawiać jedynie lekarz, który faktycznie ma kontakt z pacjentem (np. lekarz POZ)”.

Dariusz Samoborski, członek prezydium NRL w „Dzienniku Gazecie Prawnej”

PSEUDONAUKA

Kolejna burza spowodowana była wypowiedzią znanej podróżniczki na temat depresji i rzekomej szkodliwości antydepresantów. NIL uznała, że najlepszą formą odpowiedzi na tego rodzaju przekazy będą działania edukacyjne. Psychiatrii poświęcone zostało pierwsze z planowanego cyklu działań – spotkanie „Edukacja receptą na pseudonaukę”. Było to otwarte posiedzenie Rady Ekspertów NIL, online, w formie dyskusji i warsztatów.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA

W mediach odnosiliśmy się do postępowań wytaczanych w ramach pionu odpowiedzialności zawodowej samorządu przeciwko lekarzom i lekarzom denty stom, którzy np. wykazywali postawy sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną, w tym zniechęcali do szczepień. Ponadto w kontekście powołanego parlamentarnego zespołu ds. izb lekarskich, który podaje w wątpliwość zasadność działań samorządu w kontekście zawieszania PWZ takim lekarzom, zwracaliśmy uwagę na aspekt rozgrywek politycznych wpisujących się w kampanię wyborczą niektórych środowisk.

INICJATYWY

Chcemy poznać potrzeby i udzielić wsparcia

Wychowanie dziecka z niepełnosprawnością to wyższa szkoła rodzicielstwa. Fakt bycia lekarzem wcale go nie ułatwia. Dlatego samorząd lekarski chce pomóc członkom, którzy mają pod opieką osoby niepełnosprawne.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna



Wiceprezisi NRL Paweł Barucha i Klaudiusz Komor oraz Maria Kłosińska, kierowniczka Działu Komunikacji NIL

Kiedy w 1999 r. Katarzyna Czaplicka, radiolog z Warszawy, urodziła syna Adama, wiedza o autyzmie była bliska zeru. Musiały minąć blisko dwa lata, żeby pediatra wydał jej skierowanie do neurologopedy, i kolejny rok, by postawiono rozpoznanie. Syn wymagał stałej opieki, ale doktor Czaplicka nie zrezygnowała z pracy. Razem z mężem uznali, że za długo się uczyła, by teraz nie pracować w zawodzie. Zresztą pracę radiologa uznawano wówczas za wykonywaną w szkodliwych warunkach i ograniczano do pięciu godzin dziennie. Doktor Czaplicka odbierała więc syna z przedszkola, a potem ze szkoły i woziła go na zajęcia.

Przez 24 lata przeszła całą drogę upokorzeń rodzica dziecka z niepełnosprawnością – w szkołach (specjalnych) tłumaczyła, dlaczego dziecko jest nadaktywne („bo tym, m.in., objawia się jego zaburzenie”), w gabinetach lekarskich, dlaczego syn nie siedzi (to samo tłumaczenie co w szkole, tylko ze zdziwieniem, że profesjonalista medyczny tego nie rozumie), przed komisją ds. orzekania o niepełnosprawności, dlaczego uważa, że syn jest niesamodzielny („bo nie jest w stanie sam wyjść z domu i wymaga wsparcia w podstawowych czynnościach”), w pracy, dlaczego nie może wziąć kolejnego dyżuru („bo zajmuje się niepełnosprawnym, nadaktywnym synem”). Dziś pracuje na kontrakcie, bo etat

wymagałby od niej większej liczby godzin pracy, na które nie może sobie pozwolić. Każdą wolną chwilę spędza z synem – wożąc go na terapie i po prostu sprawując nad nim opiekę. Wie, że Adam już zawsze będzie takiej opieki wymagał.

Z CZASEM REZYGNUJĄ

Podobne historie mogą opowiedzieć inni rodzice osób z niepełnosprawnością (OzN), którzy przyjęli zaproszenie na styczniowe spotkanie zorganizowane dla nich w Naczelnej Izbie Lekarskiej (NIL). Doświadczeni lekarki i lekarze, świeżo upieczone specjalistki i specjaliści, a nawet rezydenci pierwszych lat. Wszystkich łączy doświadczenie trudniejszego rodzaju macierzyństwa.

Mają dzieci z zespołem Downa, w spektrum autyzmu, z porażeniem czterokończynowym. Pracę zawodową próbują łączyć z opieką nad dzieckiem albo całkowicie z niej rezygnują. Na co dzień przemierzają dziesiątki kilometrów z domu do oddalonych nawet o kilka dzielnic specjalnych placówek oświatowych, przez gabinety terapeutów i lekarzy. Godziny, podczas których ich koledzy pracują w prywatnych placówkach, próbując dorobić do pensji w szpitalach, one (częściej niż oni) spędzają w korkach z dziećmi na tylnym siedzeniu.

Czasem, jak jedna z uczestniczek spotkania, stomatolog, mama dorosłego już syna z zespołem Downa, nie dają rady godzić roli lekarza i rodzica. Wygrywa opieka nad dzieckiem. Matka lekarka, rzadziej ojciec lekarz, rezygnuje z pracy, by całkowicie poświęcić się opiece nad dzieckiem. Żeby nie tracić prawa wykonywania zawodu, co jakiś czas bierze jakiś dyżur, ale z każdym rokiem traci nadzieję, że kiedykolwiek wróci do kontaktu z pacjentami. Tym bardziej że brakuje kursów, na których można odświeżyć wiedzę, staż, które pozwoliłyby przypomnieć sobie nabyte przed laty umiejętności.

POTRZEBNY WNIOSEK

Czego oczekują od izby? - Wsparcia, ale nie tylko materialnego w postaci obniżki podniesionej ostatnio składki. Jak wyjaśnił wiceprezes NRL Paweł Barucha, w uchwale NRL wprost zapisano, że w uzasadnionych przypadkach okręgowa izba lekarska (OIL) ma prawo zwolnić lekarza ze składki lub zmniejszyć ją o połowę. - Dlatego zachęcam lekarzy - rodziców OzN, którzy są w ciężkiej sytuacji finansowej, o składanie do OIL wniosków o obniżenie lub zwolnienie ze składki. Od negatywnej decyzji OIL

MARIA KŁOSIŃSKA Lekarka, kierowniczka Działu Komunikacji NIL, inicjatorka spotkania

Każdy lekarz, który pracuje w oddziale czy w poradni, zna lekarzy z niepełnosprawnością nawet znaczenie utrudniającą wykonywanie zawodu. Tyle że o tym prawie się nie mówi. Podobnie każdy zna lekarzy, którzy są rodzicami dzieci niepełnosprawnych. Tylko że o nich mówi się jeszcze ciszej. Być może dlatego, że dotychczas trudno było szukać adresata, do którego można zwrócić się o pomoc. Ja wierzę, że są nim izby lekarskie - okręgowe i Naczelna. W zmieniającym się świecie zmienia się nie tylko sposób wykonywania zawodu lekarza, ale zmienia także sposób otaczania opieką osób z niepełnosprawnościami. Dziś jest ona jeszcze bardziej czasochłonna niż kilkanaście lat temu, bo rodzice - lekarze mają pełną świadomość, że każda dodatkowa godzina terapii zwiększa szansę ich dzieci na rozwój fizyczny i psychiczny, a także lepszy komfort życia. Dzieliąc życie między pacjentów a własne dziecko wymagające szczególnej opieki, trudno znaleźć czas i siłę, by zadbać o siebie i o własny rozwój zawodowy. Wierzę, że możemy im w tym pomóc.

przysługuje odwołanie - mówił wiceprezes Barucha.

Lekarze podkreślali także, że rodzice OzN mają ograniczoną możliwość zarobkowania, podczas gdy koszty terapii, wizyt u lekarzy, leków, a w niektórych przypadkach także specjalistycznego sprzętu, pochłaniają ogromne kwoty. - Dla takich celów została powołana Fundacja Lekarze Lekarzom. Zachęcam do składania wniosków na adres fundacja@hipokrates.org z kopią na sekretariatprezesa@nil.org.pl, z dopiskiem dla Pawła Baruchy - mówi wiceprezes Barucha.

PRZESTRZEŃ DO SPOTKAŃ

Spotkania z lekarzami - rodzicami OzN mają się odbywać cyklicznie. Członkowie Prezydium i przedstawiciele NRL chcą poznać potrzeby lekarzy opiekujących się bliskimi z niepełnosprawnościami i wypracować sposoby ich wsparcia.

- Jako lekarze wspieraliśmy protest rodziców OzN, ale samorząd dotychczas nie wyszedł z inicjatywą wsparcia dla takich osób ze swojego środowiska. Jako Naczelna Izba Lekarska chcielibyśmy wspierać zarówno lekarzy i lekarzy dentystów z niepełnosprawnością, jak i tych, którzy mają niepełnosprawne dzieci - zapewnił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski na spotkaniu z lekarzami - rodzicami OzN.

- Dotychczas mało było miejsc, w których środowisko mogło wysłuchać, jakie są potrzeby lekarzy wychowujących OzN. Chcemy, by Naczelna Izba Lekarska była przestrzenią, w której można się spotykać, rozmawiać i wspólnie rozwiązywać problemy - mówiła Maria Kłosińska, lekarka odpowiedzialna w NIL za komunikację z lekarzami, pomysłodawczyni spotkania. ■■■



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



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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

W walce z teoriami celebrytów

Absurdalne teorie influencerów na temat pandemii czy leczenia depresji docierają do coraz szerszego grona odbiorców. Rada Ekspertów NIL zapowiada cykl konferencji, które mają być receptą na pseudonaukę.

Lucyna Krysiak dziennikarka

W styczniu podróżniczka i dziennikarka Beata Pawlikowska opublikowała na swoim kanale na YouTube filmik, w którym przekonuje, że leki na depresję nie działają i wręcz są szkodliwe. O tym, że do pokonania tej choroby wystarczy medytacja i pozytywne myślenie, przekonywała już w wydanej w 2016 r. książce „Wysłałam z niemocy i depresji, ty też możesz”.

Na podróżniczkę spadła fala krytyki zarówno ze strony lekarzy, jak i pacjentów. Nie powstrzymało jej to jednak. Zapowiedziała walkę „o wolność słowa”. W liście do branżowego dziennikarskiego miesięcznika „Press” napisała, że w filmiku omówiła jedynie „wyniki najnowszych badań”. Dodała, że „jako dziennikarz czuje się zastraszana i prześladowana” i zapowiedziała powołanie fundacji na rzecz osób z depresją i schizofrenią Wiedza i Nadzieja.

To niejedyny taki głos w polskiej przestrzeni medialnej. Podczas pandemii piosenkarka Edyta Górniak ogłosiła publicznie, że nie będzie się szczepić przeciwko COVID-19, bo nie wiadomo, co znajduje się w szczepionce, a ona nie ma możliwości, by to sprawdzić. Z kolei celebrytka Viola Kołakowska posunęła się dalej, zarzucając służbom medycznym, że pozorują pandemię, której nie ma.

EDUKACJA KONTRA IGNORANCJA

– Wypowiedzi Beaty Pawlikowskiej i innych tzw. influencerów w sprawach medycznych budują fałszywy obraz psychiatrii w przestrzeni publicznej,

co może przekładać się na niekorzystne zmiany w zachowaniach pacjentów, jeśli chodzi o poszukiwanie specjalistycznej pomocy – mówi dr n. med. Mateusz Kowalczyk, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL), psychiatra.

Dlatego Rada Ekspertów Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) postanowiła walczyć z pseudonauką, która za pośrednictwem mediów społecznościowych celebrytów dociera do coraz większego grona odbiorców. I zapowiada cykl konferencji pod hasłem: „Edukacja receptą na pseudonaukę”. Pierwsze spotkanie, zorganizowane pod koniec stycznia, dotyczyło psychiatrii.

– Samorząd lekarski, powołując się na autorytet ekspertów, będzie reagował na pojawiające się fake newsy i inne absurdalne informacje. Nie chodzi tylko o wizerunek akademickiej medycyny opartej na faktach naukowych, ale przede wszystkim o zagrożenia wynikające z pseudonaukowych przekazów – mówi dr. hab. Magda Wiśniewska, przewodnicząca Rady Ekspertów NIL. Dodała, że Rada chce nie tylko wychodzić z edukacją naprzeciw pseudonauce i zachęcać do zapoznania się z dowodami naukowymi, ale także tłumaczyć język medyczny na bardziej przystępny, by zapobiegać szerzącej się dezinformacji. – W celebryckich wypowiedziach nie zawsze chodzi o złą wolę. Bez wykształcenia medycznego bardzo łatwo o niezrozumienie i błędną interpretację faktów oraz szerzenie dezinformacji – podkreśla przewodnicząca.

OBALANIE MITÓW

Komentując wypowiedź Beaty Pawlikowskiej, prof. Jerzy Samochowiec, były prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP) i prezydent Rady Narodowych Towarzystw Psychiatrycznych Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, nawiązał do publikacji z lipca 2022 r., która miała obalać teorię, zgodnie z którą za depresję odpowiada niski poziom serotoniny.

– To twierdzenie nieuprawnione, bo nie ma żadnych markerów biologicznych, których obecność potwierdzałaby lub wykluczała, że depresja następuje w każdym przypadku wskutek niskiego poziomu serotoniny. Chcielibyśmy mieć takie markery, ale nie mamy i mimo postępów w leczeniu depresja nadal stanowi wyzwanie dla medycyny – tłumaczył prof. Samochowiec. Przypomniał, że analiza 17 sys-

tematycznych przeglądów i badań obejmujących setki tysięcy osób, przeprowadzona przez zespół naukowców pod kierunkiem prof. Joanny Moncrieff z University College London, nie przyniosła potwierdzenia jednej z pierwszych, historycznych hipotez powstawania tego zaburzenia.

– Wynik tego badania był więc powszechnie znaną wiedzą w nowym opakowaniu. Jak w takim razie wytłumaczyć pozytywne działanie antydepresantów, spośród których wiele wpływa na przekąźnictwo serotoniny? Pamiętajmy, że depresja to zaburzenie heterogenne, a badacze z University College London do jednego worka

**Samorząd lekarski,
powołując się
na autorytet
ekspertów,
będzie reagował
na pojawiające się
fake newsy**



Na zdjęciu (od lewej): Mateusz Kowalczyk, wiceprezes NRL; Magda Wiśniewska, przewodnicząca Rady Ekspertów NIL; dr hab. Sławomir Murawiec

włożyli depresje przewlekłe i pojedyncze epizody tej choroby, leczone i nieleczone, z pojedynczymi lub wielokrotnymi nawrotami. Tymczasem leki antydepresyjne wpływają na neuroplastyczność mózgu i odbudowanie połączeń sieci neuronów, zmieniając przetwarzanie informacji o znaczeniu emocjonalnym – wyjaśnił prof. Samochowiec. Dodał, że polegający na tzw. czarnowidztwie automatyzm depresyjny pod wpływem leków ulega zmianie. – Przywracają one normalne przetwarzanie informacji, redukując poziom agresji i złości. Zmieniają też tolerancję stresu i umożliwiają zmiany adaptacyjne – wyjaśnił profesor.

MECHANIZMY DZIAŁANIA

Czy można jednoznacznie określić, czy leki antydepresyjne pomagają, czy nie? Dr hab. Sławomir Murawiec, członek Zarządu Głównego PTP i jego rzecznik prasowy, tłumaczy, że leki te nie działają mechanicznie na zasadzie przełącznika ze smutku w radość. – Ich działanie jest wieloetapowe. Początkowo powodują zmianę przetwarzania informacji pozytywnych i negatywnych przez mózg w kierunku odwracania depresyjnego zakłócenia przetwarzania informacji. Osoba z depresją ma tendencję do niemal wyłącznie negatywnych interpretacji. W drugim etapie potrzebne są pozytywne sygnały z otoczenia osoby leczonej, by proces poprawy mógl prowadzić do polepszenia nastroju. Leki zaliczane do grupy przeciwdepresyjnych wywołują zmiany w sposobie przeżywania, co może być korzystne w depresji, zaburzeniach lękowych i wielu innych problemach

zdrowotnych. Nie rozpatrujemy ich w kategoriach „leczą – nie leczą”, ale zastanówmy się, w jakich sytuacjach mogą być użyteczne – przekonuje dr Murawiec. I podkreśla, że większość pacjentów uważa, że leki im pomogły, a wielu uratowały życie, co broni tezy, że antydepresanty mają działanie terapeutyczne nie tylko objawowe, ale też przyczynowe.

– Jeśli mamy przeciwdziałać pseudonauce poprzez edukację, warto wskazać także współczesny kierunek myślenia dotyczący leczenia depresji, a nie tylko odnosić się do badań sprzed wielu lat. Należy mieć świadomość, jak bardzo leki zmieniły obraz psychiatrii, która do niedawna wielu pacjentów leczyła w zamkniętych zakładach psychiatrycznych – podsumował dr Murawiec.

DIALOG U PODSTAW

Według prognoz Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego już wkrótce jedna na cztery osoby będzie cierpieć na różnego rodzaju zaburzenia natury psychicznej. Prof. Jerzy Samochowiec zwraca uwagę, że w społeczeństwie wciąż panuje opór przed szukaniem pomocy psychiatrycznej, ale jest przekonany, że inicjatywa samorządu lekarskiego, by poprzez edukację zwalczać pseudonaukę, pozwoli przełamać te stereotypy. Dr Magdalena Flaga-Łuczkiewicz, pełnomocnik NIL ds. zdrowia lekarzy, zauważa, że tak w jednym, jak i w drugim przypadku edukacja wychodzi poza salę konferencyjną.

– Lekarz powinien być przygotowany na to, że spotka pacjenta pozostającego pod

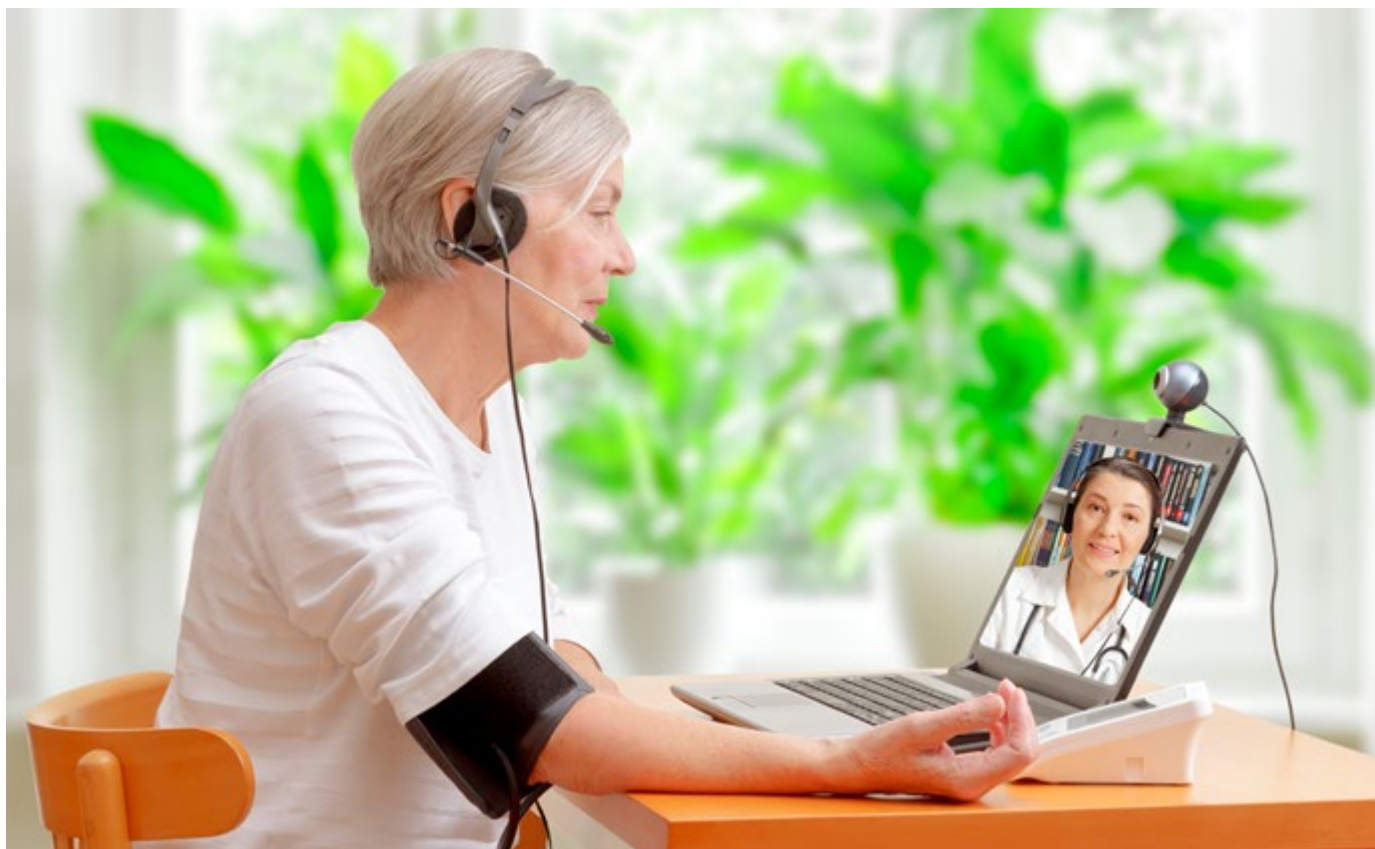
urokiem pseudonauki, i musi wiedzieć, że jeśli na początku zareaguje konfrontacyjnie czy lekceważąco, nie przeciągnie go na stronę medycyny opartej na faktach. Skutek będzie odwrotny – tłumaczy dr Flaga-Łuczkiewicz i dodaje, że kompetencje miękkie mogą pomóc lekarzom szerzyć wiedzę medyczną i przeciwstawić się pseudonauce. – Chodzi o nawiązanie dialogu z pacjentem będącym pod wpływem pseudonauki, podjęcie próby zrozumienia jego perspektywy i przyczyn, dla których nie ufa medycynie akademickiej. Istnieje wtedy szansa dotarcia do części pacjentów i przekonania ich do argumentów na rzecz nauki – przekonuje.

Dr Flaga-Łuczkiewicz zaznacza, że wymaga to od lekarza świadomości własnych emocji i umiejętności dystansowania się od nich, by pozostać w kontakcie z pacjentem, nawet jeśli to, co mówi, wydaje się niedorzeczne. – Znam przypadki, gdy lekarka rodzinna, zachowując spokój i życzliwość, rozmawiała z matką odmawiającą szczepienia swoich dzieci, próbując zrozumieć jej motywację. Ponieważ matka nie czuła się osądzana i atakowana, była w stanie przyjąć racjonalną argumentację lekarzki i wizyta zakończyła się rozpisaniem schematu zaległych szczepień – mówi dr Flaga-Łuczkiewicz. Jej zdaniem lekarzy należy wyposażać w kompetencje psychologiczne poprzez różnego rodzaju szkolenia czy warsztaty. – Wszystkie te działania zaprocentują, będą działały na korzyść pacjenta, ale też samego lekarza, ponieważ zmniejszą jego frustrację i bezsilność – podsumowuje dr Flaga-Łuczkiewicz.

Nowatorskie rozwiązania W OPIECE AMBULATORYJNEJ 2023

Rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej pozwoli lekarzowi przeznaczyć więcej czasu na pacjenta, dostępne w aptekach testy diagnostyczne ułatwią diagnozowanie, a sztuczna inteligencja pomoże w diagnostyce obrazowej.

Małgorzata Kiljańska liderka grupy roboczej NIL IN ds. innowacji w opiece ambulatoryjnej, lekarka POZ



Jesteśmy świadkami rewolucyjnych zmian w opiece zdrowotnej, które zachodzą na wielu płaszczyznach. Trzy główne rodzaje innowacji mogą sprawić, że opieka zdrowotna będzie sprawniejsza, skuteczniej wesprze pracę lekarza, a także poprawi zdrowie i zwiększy zadowolenie pacjentów.

PRIORYTETY NA NAJBLIŻSZE LATA

W kolejnym z serii artykułów Sieci Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej pokażemy, jakie są kluczowe trendy zmian w opiece ambulatoryjnej w roku 2023 i jak możemy się podzielić przykładami wdrożonych innowacji. Co ważne, ogłaszamy konkurs na wdrożenie innowacji w opiece ambulatoryjnej.

Nieodwołalną zmianę w sposobach świadczenia usług przynosi rewolucja w technologii, w tym np. rozwój systemów informatycznych i funkcjonalności elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) ze wsparciem angażujące pacjenta w samoopiekę.

Zmienia się także sposób uczenia masyzynowego i sztucznej inteligencji. Mamy

urządzenia ubieralne ze stałym monitorowaniem danych zdrowotnych, diagnostykę dostępną w domu pacjenta, a także aplikacje zdrowotne. Pacjenci korzystają z opieki publicznej, prywatnej, abonamentowej oraz tzw. konsumenckiej, czyli diagnostyki i terapii dostępnych na życzenie, zgodnie z przekonaniami pacjenta, czasem niestety stojącymi w sprzeczności z medycyną opartą na dowodach.

Ewoluuować będą też modele świadczenia usług, zmieniając ścieżki pacjentów, poprawiając koordynację opieki, dostępność i bezpieczeństwo pacjentów, a także przenosząc zadania na inny personel medyczny i administracyjny.

Jakie obszary będą się zmieniać najszybciej? Spójrzmy na pięć kluczowych trendów innowacji na rok 2023 z perspektywy ich zastosowania w opiece ambulatoryjnej.

BIG DATA – SZANSA NA ZARZĄDZANIE ZDROWIEM

Wykorzystanie Big Data, czyli olbrzymiej ilości danych o pacjentach, zrealizowanych usługach i o sposobie, w jaki korzystają z opieki medycznej, to szansa na zarządzanie zdrowiem populacji

i wskazanie lepszych rozwiązań dla pacjentów, lekarzy i przychodni, w których pracują.

Dla placówki ambulatoryjnej zarządzanie zdrowiem populacji oznacza przede wszystkim wiedzę o pacjentach, którzy korzystają z opieki: z jakimi problemami się najczęściej zgłaszają, na jakie choroby chorują, czy chorują sezonowo, z jakich usług korzystają, czy postępowanie wobec nich jest zgodne z wytycznymi. Dobre rozumienie najważniejszych potrzeb populacji pozwala na lepszą koordynację opieki, przygotowanie materiałów i narzędzi dla lekarzy, edukację i zaangażowanie pacjentów, a w rezultacie poprawę wyników klinicznych.

W pracy lekarza odpowiednia analiza i wizualizacja danych może pomóc w identyfikacji osób wymagających interwencji, która pozwoli uniknąć pogorszenia stanu zdrowia lub śmierci. Dziś przed podjęciem decyzji o postępowaniu lekarz nie ma możliwości dokładnego przejrzenia często wieloletnich informacji o historii choroby, zgłaszanych objawach, leczeniu, trendach w wynikach badań laboratoryjnych i obrazowych. Wynika to przede wszystkim z ograniczenia czasu.

W 2023 r. algorytmy uczenia maszynowego i sztuczna inteligencja będą coraz szerzej wykorzystywane do wspierania lekarzy we wczesnym wykrywaniu zwiększonego ryzyka zdrowotnego i przedwczesnej śmierci, symptomów chorób nowotworowych, rozwoju chorób przewlekłych, zagrożeń zaostrzenia chorób, a także wyników patologicznych i alarmowych. Oprogramowania gabinetów lekarskich będą się rozwijać w taki sposób, by lekarz miał dostęp do narzędzi wspierających decyzje kliniczne podczas wizyty.

SZTUCZNA INTELIGENCJA

Sztuczna inteligencja nie zastąpi lekarzy, ale poszerzy ich możliwości. Dlatego w medycynie za bardziej właściwe uważane jest używanie określenia „rozszerzona inteligencja” zamiast „sztuczna inteligencja” (ang. Augmented versus Artificial Intelligence).

W 2023 r. przewiduje się dalszy dynamiczny rozwój medycznych algorytmów sztucznej inteligencji, już w tej chwili szeroko stosowanych w praktyce medycznej. Sztuczna inteligencja i uczenie maszynowe, technologie budzące w opiece

UWAGA! Konkurs Przychodnia Przyszłości na wdrożenie innowacji w opiece ambulatoryjnej

Korzystając z łamów „Gazety Lekarskiej” chcemy dotrzeć do lekarzy w całej Polsce nie tylko z podsumowaniem trendów na 2023 r., ale także z otwartym zaproszeniem do szerokiej dyskusji o korzyściach z innowacji i o metodach na wdrażanie zmian. Tę dyskusję chcemy toczyć wokół praktycznych przykładów wdrożeń innowacji technologicznych i organizacyjnych zarówno na dużą, jak i bardzo małą skalę – jednej placówki, jednego gabinetu.

W tym celu ogłaszamy **konkurs Przychodnia Przyszłości** i gorąco zapraszamy do zgłoszeń innowacji, które:

- są wykorzystywane na co dzień i dobrze oceniane przez lekarzy,
- przynoszą korzyść pacjentom, poprawiając ich zdrowie i zadowolenie z opieki,
- usprawniają pracę placówek medycznych.

Konkurs umożliwi dzielenie się dobrymi praktykami z całej Polski i przygotowanie praktycznych wskazówek, jak wprowadzać innowacje w opiece ambulatoryjnej. Do Jury konkursu zostali zaproszeni pasjonujący się innowacjami reprezentanci towarzystw naukowych, organizacji pacjenckich, placówek publicznych i prywatnych, uczelni, instytucji publicznych i innowacyjni producenci technologii.

KORZYŚCI DLA PLACÓWKI Z UDZIAŁU W KONKURSIE:

1. Możliwość wyróżnienia w gronie najlepszych przykładów innowacji w Polsce i atrakcyjna nagroda dla zespołu.
2. Opisanie wdrożenia innowacji i placówki w Raporcie Przychodnia Przyszłości, który będzie wydany przez Sieć Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej.
3. Nawiązanie kontaktów i dzielenie się dobrymi praktykami z innymi innowacyjnymi placówkami.

zdrowotnej ogromne zainteresowanie, sprawią, że przewidywanie, diagnozowanie, monitorowanie i leczenie będzie łatwiejsze, szybsze i skuteczniejsze.

Medyczna sztuczna inteligencja jest m.in. stosowana do analizy diagnostyki obrazowej, takiej jak zdjęcia rentgenowskie i rezonans magnetyczny, pomagając radiologom w interpretacji wyników. Poprzez analizę skanów MRI urządzenia medyczne wspierane sztuczną inteligencją pomagają wykrywać i leczyć zaburzenia neurologiczne, takie jak choroba Alzheimera i Parkinsona, analizować dynamikę choroby chorego na COVID-19 czy oceniać profilaktyczne zdjęcia mammograficzne.

Medyczna sztuczna inteligencja może być również używana do analizowania danych zebranych z urządzeń ubieralnych, noszonych przez pacjentów.

MONITOROWANIE PACJENTÓW

Urządzenia ubieralne będą coraz częściej wykorzystywane do śledzenia własnego zdrowia i aktywności fizycznej, a także przez klinicystów do zdalnego monitorowania pacjentów. W ostatnich latach „internet rzeczy medycznych” rozwinął się gwałtownie – od prostych urządzeń mierzących tętno i saturację do zegarków zdolnych do odczytu EKG, ubrań, które mogą wykrywać ciśnienie krwi i przewidywać ryzyko zawału serca, i rękawiczek, które mogą zmniejszyć drżenie dłoni pacjentów z chorobą Parkinsona. Coraz większe zainteresowanie budzą urządzenia ubieralne wykorzystywane w ocenie zdrowia psychicznego, które np. na podstawie poziomu aktywności, snu i tętna są w stanie monitorować i wykrywać symptomy depresji.

W tym roku coraz więcej ubieralnych urządzeń medycznych wyposażonych będzie w procesory, które wykorzystają analitykę w urządzeniu, zamiast wysyłać dane do przetworzenia.

DETALICZNA SPRZEDAŻ MEDYCZNA

Rozwijający się dynamicznie obszar szybkich badań diagnostycznych pozwala na kupienie w aptece, drogerii, na stacji benzynowej czy w sklepie spożywczym np. domowych testów do wykrywania zakażenia COVID-19, grypy i RSV, zakażenia *Helicobacter pylori* i krwi utajonej w kale, testów owulacyjnych czy ciąży. To także możliwość korzystania z usług zdrowotnych tradycyjnie dostępnych w przychodniach, takich jak badania

PRZYKŁADY INNOWACJI

- Wdrożenie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM) w ramach opieki koordynowanej w POZ. Efekty: redukcja zbędnych wizyt, redukcja zbędnych kosztów, przekazanie obowiązków pielęgniarkom i koordynatorom, możliwość wystawiania recept rocznych.
- Wdrożenie e-recepty – w ciągu sześciu miesięcy od wprowadzenia obowiązku korzystania z elektronicznej recepty odsetek wystawianych e-recept wzrósł do ponad 90 proc.
- Triage pielęgniarski „3 pytania” – pielęgniarka w zależności od problemu zajmuje się pacjentem sama, umawia do lekarza na teleporadę lub stacjonarnie.
- W okresie pandemii do użycia domowego weszły diagnostyczne testy antygenowe na zakażenie COVID-19 oraz powszechnie dostępne pulsoksymetry. Dziś pacjent może więc samodzielnie zdiagnozować lub wykluczyć zakażenie COVID-19 oraz kontrolować saturację.
- Przychodnia POZ wprowadziła system automatyzujący znajdowanie w bazie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej pacjentów spełniających kryteria włączenia do opieki koordynowanej. Prosty algorytm napisany w Python pozwala znaleźć w bazie pacjentów z odpowiednim rozpoznaniem ICD10, którzy jednocześnie nie raportowali kontroli w poradniach AOS. Przyczynia się to do sprawniejszej rekrutacji chorych do opieki koordynowanej, ułatwia sprawozdawanie oraz przekłada się na lepszą opiekę nad pacjentami.
- Algorytm POZ – narzędzie informatyczne, które automatycznie dobiera usługi sprawozdawcze do pacjenta. Dzięki temu lekarz POZ nie musi tracić czasu na wybieranie usługi w zależności od tego, czy pacjent ma deklarację, czy jest obcym pacjentem z miejsca dalszego niż sąsiednia gmina, czy też może ma EKUZ. Lekarz wykonuje poradę i realizuje usługę zawsze tak samo, a narzędzie zamienia ją we właściwą dla danej sytuacji i taka jest sprawozdawana, co minimalizuje liczbę błędów sprawozdawczych i pozwala uniknąć strat finansowych.
- Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej zrealizowało platformę online koordynowana.pl, której zadaniem jest łączenie specjalistów lekarzy i dietetyków w celu realizacji opieki koordynowanej. Już ponad 120 podmiotów oferuje tam swoje usługi i aktywnie poszukuje poprzez ogłoszenia współpracy. Przekłada się to na poprawę dostępu do informacji, skrócenie ścieżki potrzebnej do włączenia przychodni POZ do programu opieki koordynowanej, a to oznacza lepszą i szerszą opiekę medyczną dla pacjentów tych podmiotów.

krwi z interpretacją wyników, szczepienia przeciw grypie i badania lekarskie np. przed zakupem okularów lub aparatu słuchowego.

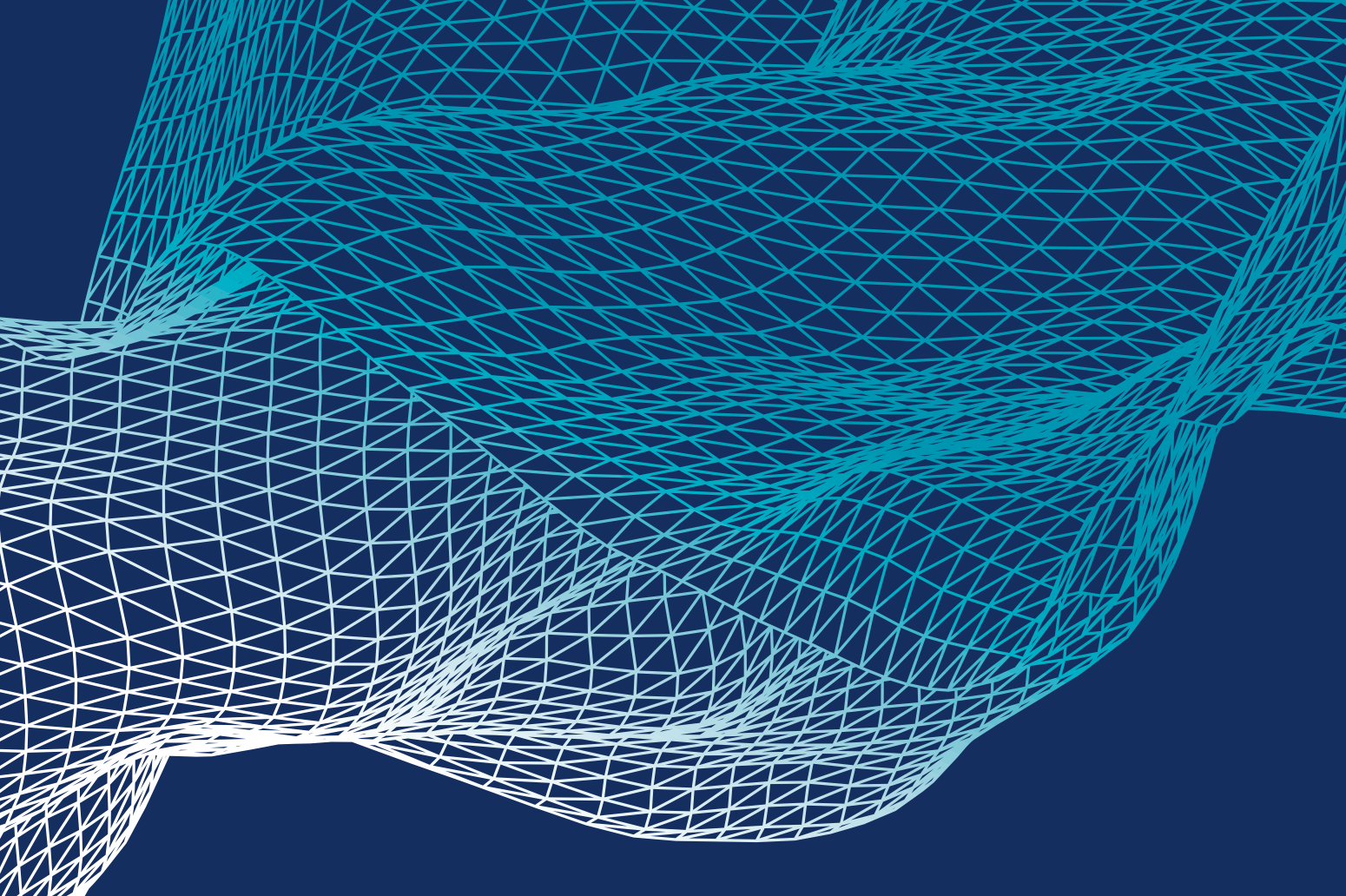
Pacjenci coraz szerzej korzystają z rozwiązań dostępnych poza tradycyjnymi placówkami medycznymi. W USA usługi zdrowotne prowadzone są w punktach sprzedaży detalicznej w sieciach sklepów takich jak Walmart i CVS, ostatnio zdecydował się na to także Amazon.

SPERSONALIZOWANA OPIEKA

W 2023 r. pacjenci będą mieli więcej możliwości korzystania ze świadczeń spersonalizowanej (precyzyjnej) opieki

zdrowotnej, w której profilaktyka, leki i inne terapie są specjalnie dostosowane do pacjenta w oparciu o takie czynniki jak wiek, informacje genetyczne lub czynniki ryzyka.

Termin „spersonalizowana opieka zdrowotna” używany jest także do określenia sposobu dostarczania opieki, w którym potrzeby i wartości pacjenta są w centrum uwagi, a pacjent jest zaangażowany w decyzje dotyczące jego zdrowia, sposobu i miejsca leczenia. Podobnie jak w innych dziedzinach usług tak rozumiana personalizacja także będzie jednym z głównych trendów w 2023 r.



KONKURS | PRZYZCHODNIA PRZYSZŁOŚCI

NIL IN – Sieć Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej ogłasza konkurs na wdrożenie innowacji w opiece ambulatoryjnej!



Zgłoś do **31 marca** wdrożenie innowacji
w Twojej organizacji, placówce lub gabinecie



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

1-4 CZERWCA 2023 R.

Światowy Zjazd Lekarzy Polskich, który odbędzie się w dniach 1-4 czerwca 2023 r. w Olsztynie, jest już XI edycją Kongresu Polonii Medycznej, odbywającego się co trzy lata spotkania polskich lekarzy pracujących w różnych zakątkach świata.

Specjaliści z różnych dziedzin medycyny zaprezentują swoje osiągnięcia w Centrum Konferencyjnym Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, wpisując się w temat wiodący, czyli „Wyzwania współczesnej medycyny”, a my jako gospodarze stworzymy okazję do integracji, koleżeńskich spotkań i nawiązywania kontaktów, zapewniając szereg imprez towarzyszących. Nie zabraknie wycieczek i imprez fakultatywnych. W ramach programu zapraszamy do Filharmonii im. Feliksa Nowowiejskiego na uroczysty koncert z okazji inauguracji Kongresu, a także na wyśmienitą kolację w restauracji Przystań nad brzegiem jeziora Krzywego. Uświetni ją występ wywodzącego się z Olsztyna zespołu Enej. W sobotę uczestnicy Kongresu będą mogli podziwiać muzyczne talenty koleżanek i kolegów z lekarskich kapel bluesowo-rockowych podczas VI edycji EsculapRock. Kongres naukowy wpisuje się w kalendarz imprez zaplanowanych z okazji obchodów 550-lecia urodzin Mikołaja Kopernika, który większość swojego dorosłego i twórczego życia był związany z naszym regionem – Warmią. Światowy Zjazd Lekarzy Polskich ma charakter interdyscyplinarny, wśród prelegentów sesji naukowych będą doświadczeni i młodzi lekarze, stomatolodzy. Coś dla siebie znajdą nawet lekarze weterynarii.

Zapraszamy do Olsztyna.

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

SESJA NA TEMAT CHOROÓB ODZWIERZĘCYCH I ZAKAŹNYCH

DR PIOTR KOCBACH, CZŁONEK NRL

Ordynator Klinicznego Oddziału Chorób Zakaźnych w Ostródzie,
Katedra Medycyny Rodzinnej i Chorób Zakaźnych Collegium
Medicum UWM w Olsztynie

Sesja poświęcona chorobom odzwierzęcych i zakaźnym będzie doskonałą okazją do zapoznania się ze współczesnymi zagrożeniami ze strony różnych patogenów, w tym również tych, którymi zakażamy się poprzez kontakt ze zwierzętami. Dlatego do współpracy zaprosiliśmy lekarzy i naukowców z Wydziału Medycyny Weterynaryjnej

Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Debata będzie doskonałą okazją do wymiany doświadczeń, jeśli chodzi o postępowanie, a w szczególności zapobieganie zakażeniom i zarażeniom najczęściej spotykanymi parazytami, jak również wirusami i bakteriami.

Tematy wystąpień dotyczyły będą współczesnych wyzwań, z którymi mierzą się lekarze różnych specjalności, w codziennej praktyce stykający się z infekcjami u chorych. Ekspert omówi m.in. problemy chorób odkleszczowych, bąblowicy, jersiniozy oraz zakażeń HIV.

Mamy nadzieję, że platforma dialogu i wymiany doświadczeń z innymi ośrodkami będzie doskonałą okazją do pogłębienia wiedzy.

<https://swiatowyzjazdlekarzypolskich.org>





POLONIA MEDYCZNA NA ŚWIECIE

Członkami stowarzyszenia Medicus Polish-American Medical Society byli nie tylko lekarze, stomatolodzy i farmaceuci, ale także wybitni polscy emigranci w USA. Wśród jego członków byli: ojciec cytometrii przepływowej prof. Zbigniew Darżynkiewicz oraz wybitny neuroradiolog prof. George Król.

POLSKO-AMERYKAŃSKIE STOWARZYSZENIE LEKARZY MEDICUS

Za granicami naszego kraju prężnie działają medyczne organizacje polonijne wspierające polskich lekarzy, którzy wyemigrowali z ojczyzny. W poprzednich numerach „Gazety Lekarskiej” pokazaliśmy historię Stowarzyszenia Absolwentów i Przyjaciół AMB/UMB w Ameryce Północnej oraz PAHA, czyli Polish American Health Association. Teraz kolej na Medicus Polish-American Medical Society. Jedno z największych i najstarszych stowarzyszeń lekarskich w USA zrzesza ponad 250 polskich medyków z Nowego Jorku, New Jersey, Connecticut i Pensylwanii. Powstało w latach 50. XX wieku w Nowym Jorku jako kontynuacja stowarzyszenia założonego w Poznaniu w okresie międzywojennym (w tamtym czasie prezesem stowarzyszenia był Felicjan Sławoj Składkowski, premier rządu II RP).

Głównym celem i misją organizacji była pomoc lekarzom, stomatologom i farmaceutom w adaptacji do nowych warunków życia i uzyskaniu kwalifikacji zawodowych poprzez kontakty, szkolenia i współpracę z prestiżowymi organizacjami polonijnymi w USA. W latach 50. członkami Medicusa byli nie tylko lekarze, stomatolodzy i farmaceuci, ale również wybitni Polscy emigranci, którzy zamieszkali w USA. Zasłużonymi wieloletnimi członkami Medicusa byli m.in. prof. Zbigniew Darżynkiewicz (były wiceprezes stowarzyszenia, lekarz i naukowiec, znany jako ojciec cytometrii przepływowej) oraz prof. George Król, wybitny neuroradiolog, wieloletni dyrektor neuroradiologii w Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC), a także działaczka społeczna dr Donna Koch.

Z HISTORII ORGANIZACJI

Lata 1965-1974 - w czasach gdy prezesem Medicusa był dr John J. Danek, przyznano wyróżnienia wybitnym Polakom. W ich gronie znaleźli się m.in. kard. Stefan Wyszyński, dr Zbigniew Brzeziński, kard. Józef Glemp, prof. Franciszek Kokot, prof. Hilary Koprowski, kard. Franciszek Macharski, gen. Stanisław Maczek, prof. Jan Nielubowicz oraz prof. Andrew Schally. W tym czasie Medicus był aktywnym promotorem wymiany studenckiej i edukacyjnej między Polską a USA oraz rozpoczął działalność charytatywną na rzecz służby zdrowia w Polsce, wysyłając sprzęt medyczny, leki i literaturę medyczną.

Lata 1974-1998 - gdy prezesurę stowarzyszenia objął dr Eugeniusz Demczuk, Medicus miał ok. 200 członków. Dochód z balów organizowanych przez stowarzyszenie był przeznaczany na pomoc lekarzom przybyłym z Polski do USA oraz szpitalom w Polsce. Działający w ramach stowarzyszenia Klub Młodego Medyka pomagał studentom i rezydentom w przygotowaniu do nostryfikacji dyplomu i w uzyskaniu PWZ w USA lekarzom przybyłym z Polski.

Maj 1987 - do Medicusa przyłączył się Komitet Pomocy Szpitalom w Polsce, którego założycielką i prezeską była Barbara Loykovna. Dzięki działaniom komitetu przez ponad osiem lat wysyłano z USA do Polski setki ton sprzętu medycznego, leków, środków opatrunkowych i medycznych, a także literaturę medyczną, a nawet sztuczne nerki. Prowadzono też szkolenia dla polskich lekarzy w prestiżowych szpitalach w Nowym Jorku i okolicach.

Kwiecień 1998 - styczeń 2008 - za prezesury dr. Tadeusza Pyza stowarzyszenie zorganizowało m.in. kilka balów, z których dochód był w większości przeznaczany na pomoc medyczną dla Polonii.

Styczeń 2008 - kadencja dr. Janusza Plawniera to czas spotkań i seminariów naukowych, w tym organizacji prestiżowego wykładu z udziałem dr. Jamesa Deweya Watsona, noblisty z 1962 roku i odkrywcy DNA, w Konsulacie Generalnym RP w Nowym Jorku.

Maj 2015 - maj 2018 - za prezesury dr. Dariusza Konopki energiczna działalność zarządu przywróciła prawny status organizacji. Nowy zarząd kontynuował współpracę z profesjonalnymi organizacjami polskimi w USA i w Polsce. W 2012 roku Medicus został członkiem Polskiej Rady Konsultacyjnej przy Konsulacie Generalnym RP w Nowym Jorku, a w maju 2016 roku na Kapitolu w Waszyngtonie oraz w Ambasadzie RP odbyło się spotkanie Polsko-Amerykańskie Szczytu Liderów Polonijnych z USA.

W latach 2016-2017 dr Konopka nawiązał kontakty z ośrodkami akademickimi, m.in. z University of Rochester School of Medical and Dentistry w stanie Nowy Jork i kilkoma polskimi uniwersytetami medycznymi. Stowarzyszenie nawiązało też kontakty z polonijnymi organizacjami medycznymi w USA - Stowarzyszeniem Absolwentów UM w Białymstoku, UM w Poznaniu, UJ Collegium Medicum w Krakowie, Związkiem Lekarzy Polskich w Chicago oraz Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych.

Kwiecień 2018 - dr Tadeusz Pyz został ponownie prezesem Medicusa.

*Dariusz Konopka
prezes Medicus Polish-American Medical Society (2015-2018)*

OBSERWACJE

Ministerstwo Zdrowia chce zachęcić lekarzy do pracy w jednym miejscu, rzecz jasna w publicznej ochronie zdrowia. Kierunek jest dobry, bo któż nie chciałby dobrze zarabiać, nie podróżując z pracy do pracy i, co oczywiste, nie harując przy tym w wymiarze dwóch lub więcej etatów.

Niestety, pod znakiem zapytania stoją szczegóły. Najważniejszy: jak to zrobić? To wcale nieproste, o czym świadczy fakt kolejnego na przestrzeni wielu lat podejścia do tematu. W 2010 r. ówczesna minister zdrowia Ewa Kopacz deklarowała na łamach „Przeglądu”: „Zapłaciłabym im nawet więcej, ale chciałabym mieć poczucie, że pacjent trafiający do szpitala jest pod opieką lekarza mającego dla niego czas, który nie zerka nerwowo na zegarek, bo za godzinę musi pędzić do następnej pracy”. Co ciekawe, w tym samym wywiadzie Ewa Kopacz mówiła, jak bardzo jej rząd zwiększył nakłady na ochronę zdrowia, jak świetnie są wynagradzani lekarze, i wskazywała, że nie wszyscy z nich powinni tyle zarabiać, skoro nie dość, że pacjenci spędzają w izbie przyjęć długie godziny, to w ogóle mogą nie

dostać się do szpitala. Dwanaście lat później, słuchając prezesa Jarosława Kaczyńskiego, ma się wrażenie, że niewiele się zmieniło. On także dowodzi, jak bardzo rząd się stara,



Sławomir Badurek

Diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

JEDNO MIEJSCE, WIELE PYTAŃ

nieustannie dosypując do systemu pieniędzy, tylko ci lekarze, choć znakomicie zarabiają, nieustannie gonią za zyskiem i „trzeba coś z tym zrobić”.

Zadziwiająca jednomyślność jak na prominentnych działaczy dwóch żarliwie zwalczających się partii. Tyle że, nie licząc samozadowolenia polityków, nic z tej zgodności nie wynika. Rządzący muszą zrozumieć, czy

może raczej chcieć dostrzec, że owa pogoń za zyskiem to nic innego jak próba pogodzenia przyzwoitych zarobków z rozsądną liczbą godzin pracy. Niech nikogo nie zwiodą statystyki pokazujące, że zaledwie 25 proc. lekarzy ma tylko jedno miejsce pracy, a 60 proc. dwa lub trzy. Wielu specjalistów, również piszący te słowa, zwiększa

liczbę miejsc pracy po to, by sumarycznie pracować mniej. Z moich obserwacji wynika, że im starszy lekarz, tym większa gotowość pewnego zmniejszenia dochodów w zamian za

większą ilość wolnego czasu. Motywacją nie jest „pogoń za zyskiem”, tylko dbałość o jakość wykonywanej pracy i zarazem jakość swojego życia. Czy to coś nagannego?

Oczywiście poszukiwanie przez specjalistów pracy poza szpitalem musi oznaczać braki kadrowe na oddziałach. Zjawisko to nasila się od przynajmniej kilku lat, szczególnie na internie, chirurgii, pediatrii czy neurologii. W dużych miastach sytuację ratują rezydenci, ale wielu z nich po specjalizacji nie chce łączyć dziur w grafikach i wybiera pracę w lecz-

nictwie ambulatoryjnym. Zachęcanie lekarzy do pracy w jednym miejscu, w szczególności w szpitalu, jest w tej sytuacji czymś naturalnym. Z drugiej strony, rozpoczynanie przez rządzących „dialogu” z lekarzami od ich publicznego obrażania to nie strategia biznesowa, tylko głupota.

Trudno również zrozumieć, czemu służy oskarżanie sektora prywatnego o przepłacanie lekarzy. Czy minister Adam Niedzielski naprawdę wierzy, że właściciele prywatnych placówek opuszczą w pokorze głowy i obniżą wynagrodzenia? Skądinąd nie kto inny jak minister Niedzielski trafnie zauważył, że sektor prywatny dąży do zapewnienia szybkiej dostępności do specjalistów. Bez większego wysiłku można też dostrzec, że w wielu bogatszych i lepiej od nas zorganizowanych krajach sektor prywatny pozwala lekarzom na znacznie wyższe zarobki niż publiczny, a mimo to ten ostatni nie zmagają się z poważnym brakiem kadry. To najlepszy dowód na to, jak ważne w wyborze pracy są czynniki pozapłacowe. Podczas protestu rezydentów z 2017 r. sporo na ten temat mówił minister Łukasz Szumowski. No właśnie: mówił. ■■■

”

Rozpoczynanie dialogu od obrażania lekarzy to nie strategia biznesowa, ale głupota

EPIKRYZA (126)


Jarosław Wanecki

Pediatra, felietonista

ŚLUB

Lekarze doskonale znają się na teatrze. Kiedy są wojewodami albo władcami wszechrzeczy, zostają głośnymi krytykami sztuki scenicznej i performatywnej. Fajnie, krzyknąłbym w euforii, gdyby nie przeświadczenie, że wyrażają swoje opinie nie jako widzowie, którymi najczęściej nie są, ale jako politycy. Historia się powtarza. Władza nie lubi artystów i stawia na propagandowe misteria. Z tych samych powodów nie lubi innych wolnych zawodów. W tym... lekarzy.

Omijając Teatr Dramatyczny Miasta Stołecznego Warszawy, aby nie natrafić w foyer na strzępki dyskusji o anatomii człowieka, wybrałem się do Narodowego. Gmach znam od widowni i kulis. Samorząd lekarski obchodził w Sali Bogusławskiego srebrny jubileusz, a później współorganizował Galę IX Kongresu Polonii Medycznej. Tym razem kurtyna odsłoniła „Ślub” Gombrowicza w reżyserii Eimuntasa Necrošiusa.

Dramat powstał w roku 1946, ale dopiero w 1953 został opublikowany przez Jerzego Giedroycia w „Kulturze”. Cztery lata później ukazał się w kraju, gdzie natychmiast stał się białym krukiem do łowienia w antykwariatach. O zgodę na inscenizację pierwszy wystąpił Teatr im. Żeromskiego w Kielcach, ale dostał odmowę... autora. Gombrowicz marzył o powrocie na polski rynek i nie wyobrażał sobie debiutu przed prowincjonalną publicznością. „Bomba nie jest po to, żeby wybuchła na peryferiach” – pisał i został za to boleśnie ukarany. Zawodowi aktorzy po raz pierwszy zagrali traumatyczny sen

Henryka dopiero w 1974 r.

Gombrowicz opatrywał swoje utwory egzegezami, komentarzami, objaśnieniami, nawet falsyfikował wywiady z samym sobą, by precyzyjnie wyłożyć intencje. Tekst „Ślubu” poprzedzony jest aż trzema wprowadzeniami: pisarz przedstawia ideę utworu, udziela wskazówek co do gry i reżyserii, a potem opowiada swoimi słowami fabułę. Bomba? Bryk dla niewprawnego widza? Streszczenie dla leniwych maturzystów? A może wizjonerstwo, że senne mary bohatera „oscylują między Mądrością i Głupotą, kapłaństwem i szaleństwem, tak jak sama sztuka nieustannie jest zagrożona elementem tandetu, śmieszności, idiotyzmu”.

Mój czarno-biały egzemplarz „Dramatów” Gombrowicza, wydany w 1986 r., rozpada się przy otwieraniu źle sklejonnych kartek. Książka nie jest w dobrej formie. „Ale to wszystko dokonywa się poprzez Formę: to znaczy, że ludzie, łącząc się między sobą, narzucają sobie nawzajem taki, a nie inny sposób

bycia, mówienia, działania... i każdy zniekształca innych, będąc zarazem przez nich zniekształcony (...). Z podwójnej deformacji wytworza się coś, co Witkiewicz nazwałby czystą formą. Osoby dramatu rozkoszują się tą swoją grą, upajając się nawet własnym cierpieniem, wszystko jest tylko pretekstem dla zespolenia się w takim czy innym efekcie”.

Na scenie narodowej rolę Syna powierzono świetnemu Michałowi Rusinowi. Rodziców po mistrzowsku grają Danuta Stenka i Jerzy Radziwiłowicz. Pijaka kreuje Grzegorz Małecki. Obsada jak senne marzenie. Cisza na widowni jak makiem zasiał. Nikt nic nie rozumie? I tylko palec wymierzony w Henryka, w króla Ignacego i w każdego z nas dominuje nad całością. Aż strach

pomyśleć, co ten palec wskazuje. „Schowaj ten palec! (...) Schowaj, bo ja ci go siłą schowam!” – wciąż dudni w moich uszach. A jak schowam, to co się wówczas stanie? Czy inni będą nietykalni?

Lekarze doskonale znają się na teatrze, zwłaszcza kiedy mają troszkę władzy w rękę.

Lubią pokazywać palcem i bombardować. Grają formą i klauzulą. Sumiennie. Czarują faktem i procedurą. Ślubują...

„Nędzne moje słowa, ale one echem się odbijają od was i rosną Waszą powagą – powagą nie tego, kto mówi, a tego kto słucha”. ■■■

„
**Lubimy
pokazywać
palcem,
grać formą
i klauzulą**



Obraz: Andrea Mantegna, Camera degli sposi (północna ściana, fragment), Palazzo Ducale, Mantua

BŁĄD MALARSKI

W cieniu

Nie byłam w Mantui. A szkoda. To miasto w północnych Włoszech, przytulone do jezior, które papież Pius II w XV wieku podsumował: „słyszeć tu tylko żaby”. Pozostaje w cieniu swoich sławnych sąsiadów. Jednak Mantua, mimo że nie jest ani Rzymem, ani Florencją, mieści w sobie jedno z najważniejszych dzieł renesansu. A na nim jedną z najbardziej intrygujących członkiń dworu Gonzagów.



Agata Morka
doktor historii sztuki

Ludovico Gonzaga ze sprytem pracował nad odczarowaniem Mantui: zwabił do niej dwóch genialnych artystów epoki. Alberti budował dla niego kościoły, a Andrea Mantegna w zamian za bajorńskie jak na owe czasy wynagrodzenie zgodził się być jego nadwornym malarzem. Freski, które wykonał do tzw. Pokoju Zaślubionych, to

prawdziwe *tour de force*. Na północnej ścianie pokoju Mantegna namalował scenę pokazującą dwór swego patrona.

Wymiana spojrzeń między postaciami odgrywa tu kluczową rolę. Gonzaga patrzy na swego zausznika. Kartka, którą trzyma w dłoni, sugeruje, że Ludovico dostał jakąś ważną wiadomość. Konsultuje ją ze swoim doradcą. Jego żona, Barbara Brandenburska, patrzy z pewnym niepokojem na męża, dalsi członkowie rodziny bądź zerkają w stronę Ludovico, bądź w kierunku wchodzących do pokoju mężczyzn. To bardzo skupiona do środka scena. Jednak jest w tej grupie jedna osoba, która otwiera tę lupinę.

U stóp Barbary stoi postać patrząca prosto w kierunku widza. Jej aparycja jest na tyle intrygująca, że doczekała się licznych analiz medycznych. Mamy tu do czynienia z kobietą o nieprzeciętnie niskim wzroście, małych rękach, krótkim nosie. Te cechy wpłynęły na postawienie wielu możliwych diagnoz: od achondroplazji, dysplazji Kniesta, po karłowatość.

Przepych scen ukazanych w Camera degli sposi, sławne trompe l'oeil na suficie, które zapewniło Mantegni nieśmiertelność, żywość kolorów, bombardują widza ogromną ilością estetycznych bodźców. W ich cieniu gubi się niewielka, zagadkowa sylwetka karłowatej służącej. A szkoda.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 02/2023

1. Dodanie rysy biegnącej przez środek trapezu.

O'Keeffe kojarzona jest głównie z obrazami sugerującymi zarysy kobiecych genitaliów, te waginopodobne kształty stały się znakiem rozpoznawczym jej obrazów.

2. Ścięcie trapezu po bokach tak, by stał się prostokątem.

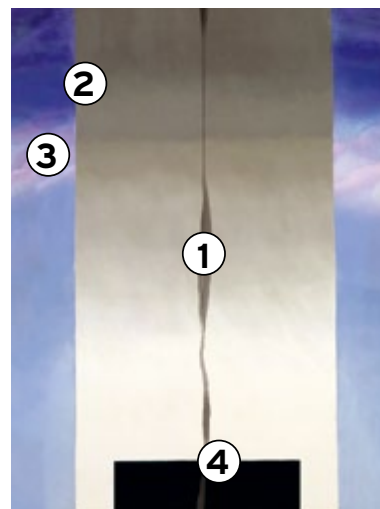
Artystka chciała oddać wrażenie oglądania obelisku od dołu, stąd jego nieco przesadzony, trapezoidalny kształt.

3. Dodanie chmur na niebie.

W wielu obrazach O'Keeffe po niebie wędrują mięsiste chmury. W tym przypadku jednak niebo oddane jest dość płasko, abstrakcyjnie, z delikatną gradacją koloru.

4. Dodanie czarnego prostokąta na dole obrazu.

Utrata wzroku artystki przekładała się niekiedy na użycie ciemnych elementów na obrazach, artystka widziała bowiem pod koniec życia świat w szarościach.



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

NAGRODZENI „GL” 02/2023:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Piotr Świerzy z Zabrza. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Katarzyna Fiołna (Warszawa), Joanna Kurach-Winiarska (Rogowo), Marta Skibka (Bydgoszcz).



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 14 marca 2023 r. W temacie maila należy wpisać GLO3 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

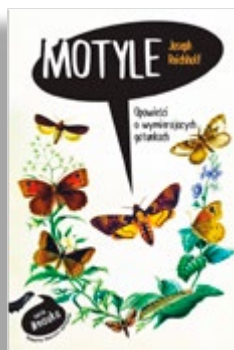
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Naczelnia 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

Borderline (fragmenty)

Strefa przygraniczna

Każde zaburzenie psychiczne jest swoistym wypaczeniem horyzontu, przesunięciem go w różne strony, w górę, w dół, w ciemność, w całą jaskrawość, ku sobie, poza linię, poza granice możliwości, granice prawdopodobieństwa doświadczanych stanów, doświadczenia dotykających światów.

Za-burzenie. Burzenie. Burzyć, burza w szklance wody. W samym rdzeniu słowa: gwałtowność, wybuch, nagły dramat.

Powinno się najpierw zbudować, żeby zburzyć. A tu inaczej. Niedostrzegalnie, stopniowo, już od dłuższego czasu, być może od początku, rośnie byle jak. Powykręcane, odkształcone, błady pęd ziemniaka w piwnicy. Okrągłe teorie i ostre kanty praktyki, o które można pokaleczyć palce.

I serce. Własne. Ale także Drugiego. To ostatnie kłuje najbardziej.

Czasem dopiero wtedy szukają pomocy.

Przychodzą blade, smukłe elfy, wróżki-wojowniczkami o błękitnych włosach, zarazem buńczuczne i płochliwe, w każdej chwili gotowe do walki lub ucieczki albo jednego i drugiego równocześnie, błyskawicznej, gwałtownej rejterady z ostrzeliwaniem się. Inaczej nie potrafią.

Nie tak od razu. Jeszcze nie.

W pełnej zbroi najeżonej żelastwem w dziwnych miejscach, cali w kolczykach, koronkach, łańcuszkach, tatuażach. Kryją się pod zwariowanym makijażem jak pod wieczne spuszczone przyłbicą. Obserwują.

Jak młode wilczki, podchodząc, chronią i osłaniają wrażliwe miejsca, okruchy snów i marzeń, szyje i nadgarstki. To zarazem instynkt starszy niż sama ludzkość i wyrachowanie. Jeszcze wydaje się im, że nie rozumiemy. Robią wszystko, aby uniknąć bólu i zranienia, a zarazem ranią siebie sami, a dyskomfort traktują jak powietrze, ich naturalne środowisko, zasłużoną karę.

Przychodzą i milczą. W oczach mają wszystko. Łagodność, gniew, ciekawość, rozpacz i nadzieję.

Ciężko zawsze i wszędzie zostawiać za sobą pas spalonej ziemi, pogorzelisko, martwy ład. Od spalonych mostów zajmują się lasy. Cudze pola uprawne.

Coraz mniej ptaków, zieleni i powietrza.

Zatem godziny rozmów z cierpliwym, najczęściej odpłatnym, słuchaczem, tabelki i tabelki, kryzysowe interwencje i kwestionariusze. Zaburzenie osobowości.

W jaki sposób, skoro osobowość – z najprostszej definicji – jest tym zestawem indywidualnych cech psychiki, która odróżnia nas od reszty, jedną osobę ludzką od drugiej? Zaburzenie? W porównaniu z czym? Z jakim wzorcem niepowtarzalnych cech, który sprawia, że jedno z nas jest istotą ludzką w prawidłowy sposób, a drugie nie? To znaczy jak: różni się bardziej? Inaczej? W inną stronę? Rośnie do dołu, nie do góry? Wystaje?

I czy wzorzec niepowtarzalnych właściwości to nie oksymoron?

A przecież każdy z nas jest Istnieniem na swój własny sposób, iskrą świadomości, detektorem wrażeń w krótkim wycinku czasu, teraz, tylko raz. Raz się zdarzamy światu i odbieramy go całym sobą, płatki śniegu, unikalna konstelacja barwy głosu, koloru oczu, włosów, snów, pamięci, rozmiaru buta, antygenów na krwinkach czerwonych, ostrości wzroku, wrażliwości podniebienia, nierówności na skórze, zasłyszanych historii i słów.

Młódzież mówi: jesteśmy sumą naszych traum i sukcesów. I ostatnio oglądanych seriali.

Borderline.

Osobowość z pogranicza. Pogranicza czego?

Pogranicza normalności i szaleństwa, entuzjazmu i nudy, euforii i rozpacz.

Pogranicze. Inaczej: kresy. (...)



MONIKA KUNSTMAN

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

Mama dwóch córek. Absolwentka Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Specjalistka w dziedzinie pediatrii. Mieszka w Krakowie, pracuje na oddziale noworodków w Krakowie oraz w Wadowicach. Autorka kilku książek dla dorosłych i młodzieży, m.in. nominowanej do nagrody IBBY w 2008 r. „Kropelki z marzeniami” oraz powieści w odcinkach „Wenflon z niezapominajką”, która ukazywała się w wydawnictwie Medical Tribune Polska w latach 2008–2013. Píše i publikuje jako Marta Madera. Laureatka konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w latach 2015 i 2018 w kategorii poezja oraz w 2021 r. w kategorii proza.



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



SPORT

Lekarskie „plażowanie” na Śląsku

Krzysztof Makuch

Za nami I Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej. Zawody rozegrano pod koniec stycznia w hali Fabryki Sportu w Koźłowie k. Gliwic. Mistrzami w kat. open zostali Kuba Michalski i Wojciech Luboń. Najlepsi w kat. +40 byli Mateusz Patkowski i Rafał Pustelnik, a w kat. +60 - Grzegorz Sapeta i Leszek Stecuła. Oprócz medali wręczono także nagrody MVP oraz fair play. Organizatorzy pod czujnym okiem Przemysława Rosaka, przewodniczącego Komisji Sportu Śląskiej Izby Lekarskiej, zapewnili doskonałe warunki do gry i profesjonalne sędziowanie, a sportowcy zagrali na wysokim poziomie. Dla grupy seniorów (w której prezes ŚIL Tadeusz Urban dołączył do



grona prezesów OIL medalistów MPL) była to okazja do wspomnień o akademickiej rywalizacji sprzed ponad 40 lat oraz satysfakcji z powrotu do gry. Sportowej integracji towarzyszył wieczorny występ zespołu DentRock, prowadzony przez siatkarza i lekarza dentystę Grzegorza Masternaka. Uczestnicy zawodów już zapowiedzieli udział w przyszłorocznej imprezie. W czerwcu tego roku czekamy na rewanż podczas MPL w Niechorzu, a we wrześniu - w czasie XX Igrzysk Lekarskich w Zakopanem.



Wyniki i zdjęcia dostępne na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej <https://izba-lekarska.org.pl>

FOTO: ARCHIWUM PRYWATNE



PHOTOARTMEDICA



www.photoartmedica.pl



„Wypatrując łądu”, Jakub Steller (radiolog, Gdańsk), honorowe wyróżnienie PhotoArtMedica 2022

GazetaLekarska.pl

Zjazdy koleżeńskie

50-LECIE ABSOLUTORIUM ROCNIKA 1973 AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

Zapraszamy absolwentów rocznika 1973 Wydziału Lekarskiego ówczesnej Akademii Medycznej w Warszawie do udziału w uroczystości odnowienia dyplomów po 50 latach od ukończenia studiów. Dane kontaktowe potwierdzające możliwość uczestnictwa w uroczystości należy przesyłać na adres e-mail: absolwenci1973@wum.edu.pl. Uroczystość odbędzie się 19 maja 2023 r. o godz. 12.00 w Auli im. Prof. Janusza Piekarczyka w Centrum Dydaktycznym przy ul. Księcia Trojdena 2a w Warszawie.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W POZNANIU, ROCZNIK 1988

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie 35 lat po dyplomie! Spotkanie odbędzie się w Novotel Poznań Centrum 24 czerwca 2023 r. o godz. 19.00. Koszt: 450 zł od osoby. Planujemy również spotkanie w godzinach przedpołudniowych. Informacje i zapisy: Aleksandra Kubiak (tel. 602 334 993, kubiak.aleksandra@gmail.com). Wpłaty proszę dokonywać na konto: 95 1240 3767 1111 0011 2027 9138. Proszę o podanie imienia i nazwiska uczestnika. Osoby towarzyszące są mile widziane!

WYDZIAŁ LEKARSKI, ROCZNIK 1973, I ODDZIAŁ STOMATOLOGII, ROCZNIK 1974, SUM W KATOWICACH

Śląski Uniwersytet Medyczny zaprasza absolwentów wydziału lekarskiego (rocznik 1973) i oddziału stomatologii (rocznik 1974) do udziału w uroczystości odnowienia dyplomu lekarza i lekarza dentystry dla absolwentów uczelni sprzed 50 lat. Wydarzenie odbędzie się 22 września 2023 r. w Rokitnicy. Zgłoszenia do 30 czerwca na adres awilk@sum.edu.pl lub telefonicznie (tel. 32 208 36 71). W zgłoszeniu należy podać imię i nazwisko (w przypadku pań to widniejące na dyplomie), adres zamieszkania, telefon i e-mail.

Józef Kurek, prezes Stowarzyszenia Wychowanków SUM

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU, ROCZNIK 1973

Zapraszamy na jubileuszowy zjazd koleżeński w dniach 22-23 września 2023 r. w Białymstoku. Uroczyste odnowienie dyplomów zaplanowano na 23 września. Zgłoszenia proszę przesyłać na adres e-mail: kloczkojanusz@gmail.com lub do Kliniki Hematologii UMB (ul. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok). Formularz zgłoszenia wysłamy drogą mailową lub pocztą tradycyjną. Koleżanki prosimy o podanie nazwisk, które figurują na dyplomach.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ W LUBLINIE, ROCZNIK 1986

Zapraszamy na zjazd koleżeński, który odbędzie się w Lublinie w dniach 22-24 września 2023 r. Zgłoszenia proszę przysłać do organizatorek: Lucyny Wolak-Sobiczewskiej (l.sobiczewska@wp.pl, tel. 602 607 817) lub Małgorzaty Trzebuchowskiej-Pietras (mmtrzebuchowska@gmail.com, tel. 600 006 466). Szukajcie nas na Facebooku pod hasłem „Zjazd Absolwentów AM 1986”.

ABSOLWENCI WYDZIAŁU STOMATOLOGII I LEKARSKIEGO AMB, ROCZNIK 1969-1975

Zapraszam na spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się w dniach 23-24 września 2023 r. w hotelu Ibis w Białymstoku. Proszę o rezerwację pokoju wraz z kolacją w recepcji hotelu na hasło „Absolwenci AMB 69-75” (tel. 85 877 25 00, 519 689 280, e-mail: H9062@accor.com; pokój 1-os. 290 zł, 2-os. 345 zł, kolacja 219 zł/os). Kontakt: Janusz Popko (tel. 697 529 790, e-mail: jpopko@umb.edu.pl). Do zobaczenia.

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1988

Spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia studiów odbędzie się w dniach 29 września – 1 października 2023 r. w Zieleńcu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat jest dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce Społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać do 30 kwietnia na konto 62 2030 0045 1110 0000 0134 5640 z dopiskiem „Zjazd 1988”. Kontakt: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, patka.malec@wp.pl).

Komitet Organizacyjny, Katarzyna Jędrzejewska-Jurga, Małgorzata Sztajer-Marciniak

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1993

Zapraszamy na spotkanie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 6-8 października 2023 r. w Zieleńcu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny jest na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce Społeczność. Wpłaty prosimy dokonywać do 30 kwietnia na konto 62 2030 0045 1110 0000 0134 5640 z dopiskiem „Zjazd 1993”. Kontakt: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail patka.malec@wp.pl)

Komitet Organizacyjny, Iwona Szuszkiewicz-Wiercińska, Jacek Poleszczuk

Ogłoszenia

Ogłoszenia



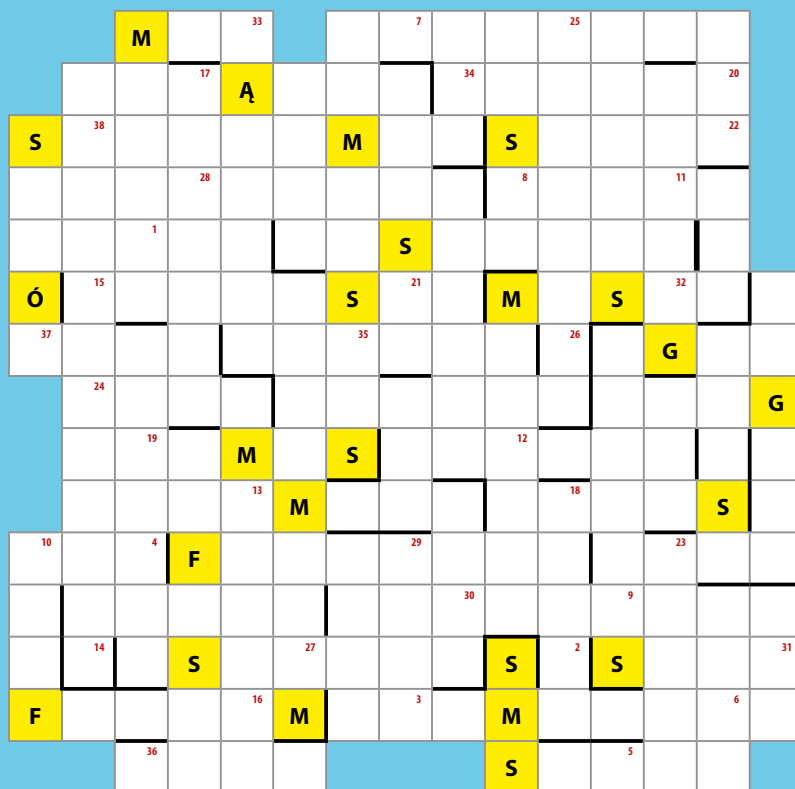
UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 4/2023 upływa 17.03.2023. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

Cennik ogłoszeniowy: Zatrudnię lekarza, drobne: 23 PLN za słowo + VAT 23%. Wyróżnione: 29 PLN za słowo + VAT 23%.

Konto Nr IBAN: PL 47 1240 1109 1111 0000 0516 2660. Wpłaty dokonane na inne konto niż podane nie będą uwzględniane. Bez dołączonego dowodu wpłaty zamówienie nie będzie zakwalifikowane do druku. Przyjmujemy także ogłoszenia przesyłane drogą elektroniczną: ogloszenia@gazetalekarska.pl



**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to
specjaliści, wiedza i zaangażowanie.**
Z kodem PZWL23 wszystkie książki drukowane zamówione
na www.pzwl.pl 23 proc. taniej!



Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: A, F, G, M, Ó i S.
Na ponumerowanych polach ukryto 38 liter hasła, które
stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie tureckie. Hasło należy
przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl do 20 marca 2023 r. Wśród autorów
prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów,
którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie
specjalizacji i adresu do wysyłki).

* krwinka biała * wyżyna między dorzeciami Nilu i Konga * miesiąc
zakochanych * gaster * białożół lub kobuz * Edith wróblek * dzietność
(ang.) * opera na otwarcie Kanału Sueskiego * pseudo Kondratowicz
* crusta * forteca w Algierze * zakład przemysłu tłuszczowego * wieś
pod Ostródą z zakładami mięsnymi * sól kwasu borowego * zbiór norm
i zasad * miasto na zach. od Meszedu * wewnątrz brzucha cięższej
* organy Stalina * pochodna trifenylometanu * przecinak * cauda
* dokończył wyprawę Magellana * w stołkach na zimę * Björn, wielki
szwedzki tenisista * na północ od tajgi * partner Atosa i Portosa * sudor
* gród u źródeł Ilmenau * oblażył ją mrówki * obalił go Kaddafi *
największe jezioro Kolumbii * całość stworzenia * szef oddziału * region
z Owiedo * model narządu * Ohio lub Iowa * generał Fieldorf * gatunek
z rodziny jeleniowatych * choroba skóry * cel karawany * wytrzymałość
ducha i ciała * kwas rybonukleinowy * ostre zapalenie błony śluzowej
gardła * varicosis * dena lub czołowa * armia Suchewycza * płynie

przez Mostar * seborrhoea * fanatyk Alfa Romeo * żądanie z groźbą
* spasmophenia * imię komendanta Możejki * naśladowca * Ludwik
zwany „trzecim bliźniakiem” * jezioro z Buffalo * wstęga (łac.) * angielski
tytuł szlachecki * egipska personifikacja praocceanu * przed płytką
w radiologii * cesarz, gość Chrobrego * między gromadą a królestwem
* hit Torariskiej * nomada berberyjski * chmura pierzasta * oberek * kraj
Małgorzaty II * leczy choroby kości i stawów

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 280
(„GL” nr 12/2022-01/2023, wydanie świąteczne)
Wdzięczność starzeje się najszybciej.

Nagrody otrzymują: Rafał Chojnowski (Poznań), Katarzyna Cisowska
(Ruda Strawczyńska), Maria Dąbrowska (Włodawek), Sylwia Giefert
(Warszawa), Paweł Godek (Ożarów Mazowiecki), Marek Jakowczyk
(Wrocław), Aleksandra Kmieć (Rzeszów), Jan Kondratowicz (Olsztyn),
Paweł Król (Legnica), Ewelina Miśkiewicz-Kopciał (Dąbrowa), Grażyna
Ordyniec (Chełm), Milena Romanowska (Iglatki), Michał Sierny (Żory),
Edyta Swat (Przeźmierowo), Grażyna Zembrowska (Jastrzębie Zdrój).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 73 / Regulamin konkursu dostępny na
www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 158 944 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Karolina Kowalska,
Renata Jeziorkowska, Maria Kłosińska, Ryszard Golański,
Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Lidia Sulikowska,
Mariusz Tomczak

Redakcja

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

Karolina Kowalska (redaktor naczelna)
tel. 698 297 739

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekretnarz redakcji)

tel. 698 633 755

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak (dziennikarz)

tel. 696 487 048

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak (redaktor portalu internetowego)

tel. (22) 558 80 40

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

tel. 606 699 830

e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt okładek

Michał Trusz

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

QUAD

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

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

