

WAŻNY TEMAT: WOJSKA MEDYCZNE

ISSN 0867-2164

**PISMO IZB
LEKARSKICH**

04 | 2023

GAZETA LEKARSKA

SZCZEGÓLNY i PACJENT W SYSTEMIE

strony 24-27



32

Lipcowe podwyżki
mogą zatopić szpitale

68

Lekarze nie powinni
mieć dylematów

11

Takie rzeczy tylko w Siłach Zbrojnych

FELIETON PREZESA NRL

- 4 Łukasz Jankowski:
Nasze wspólne sprawy

JEDNYM GŁOSEM

- 6 Klaudiusz Komor:
Cokolwiek zrobimy, będzie źle...

WSPOMNIENIE

- 7 Pożegnaliśmy doktora
Andrzeja Sawoniego

TEMAT NUMERU

- 8 Negotowi na katastrofę
9 Zmiana mentalna jest
najważniejsza

WAŻNE SPRAWY

- 11 Takie rzeczy tylko
w Siłach Zbrojnych
15 Lekarz wojskowy,
czyli wszechstronny

AKTUALNOŚCI

- 19 Jakość na cenzurowanym
24 Zrozumieć autystę
25 Byłam podwójnie beznadziejna:
jako matka i lekarka
28 Zdrowie uchodźców w soczewce
30 Leki jak amunicja
32 Lipcowe podwyżki mogą
zatopić szpitale
36 Prezes NRL w pierwszej
dziesiątce Listy Stu

PRAWO I MEDYCINA

- 38 Lekarze pytają, Komisja odpowiada
39 Rutyna w medycynie jest
niebezpieczna
40 Od kogo żądać zwrotu nienależnej
refundacji
41 Prawo czy bezprawie
42 Kara pieniężna: nie wystarczy
zapłacić

PODATKI I FINANSE

- 43 Mąż i żona mogą zaoszczędzić
spore kwoty
44 Nie ma jednej recepty
na niski podatek

PRAKTYKA LEKARSKA

- 46 Patronaty
48 Paweł Barucha:
Małe gabinety zaoszczędzą
48 Bez dodatkowych środków niewiele
da się zmienić
50 Wypaleniu można zapobiec
52 W stanach nagłego zagrożenia
zdrowia i życia
54 Medycyna sądowa przywraca
pamięć i godność
56 Serial CSI zachęca do medycyny
sądowej, zniechęcając pieniądze

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 58 Jakub Kosikowski: Działamy
skutecznie
58 O tym się mówi
60 Nowe rozwiązania: odciążony lekarz
i zdrowszy pacjent
61 Relaks i wiedza w jednym miejscu
62 Koordynowana.pl – mały projekt,
wielka zmiana
64 XI Kongres Polonii Medycznej
66 Mariusz Politowicz:
Kupujemy oczami

PO GODZINACH

- 67 Sławomir Badurek:
Uprzywilejowani, czyli
syndrom VIP-a
68 Lekarze nie powinni mieć dylematów
70 Błąd malarzki: Na miękko
72 Czytelnia – recenzje książek
73 Przychodzi wena do lekarza: Snajper
74 Zjazdy koleżeńskie
75 Ogłoszenia
82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI

**Karolina Kowalska**

redaktorka naczelna

**AUTYZM I WOJNA
– TAK MAŁO WIEMY**

Kwiecień, jeden z najpiękniejszych miesięcy w roku, jest także miesiącem świadomości autyzmu, spektrum zaburzeń rozwoju, które w światowej populacji występuje coraz częściej.

Osoby w spektrum autyzmu, również te niżej funkcjonujące, coraz częściej trafiają do gabinetów nie tylko pediatrów, ale także lekarzy innych specjalizacji. I choć wiedza na temat spektrum jest coraz większa, pacjenci i ich opiekunowie nadal spotykają się z niezrozumieniem. O potrzebie zainicjowania kampanii na temat postępowania z pacjentami z niepełnosprawnościami mówi w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” Katarzyna Czaplicka, lekarz radiolog i mama 24-letniego Adama w spektrum autyzmu.

Kwietniowy numer poświęcamy także medycynie pola walki, której, zdaniem ekspertów, dotkliwie brakuje w systemie kształcenia lekarzy zarówno przed-, jak i podyplomowym. Piszemy również o woj-skach medycznych, o których opowiada szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego mjr dr n. med. Jacek Siewiera. Życzymy owocnej lektury!

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY



Łukasz Jankowski
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Rozpoczęła się kampania wyborcza, a z nią już niemal tradycyjnie ataki na naszą grupę zawodową. Nie ma dnia bez doniesień medialnych o błędach medycznych albo o trudnej rzeczywistości w ochronie zdrowia, przerażających w sposób nieprawdziwy odpowiedzialność za stan polskiej opieki zdrowotnej na nas – lekarzy. Jak uczy historia, masowe pojawianie się tych doniesień w przestrzeni publicznej w okresie okołowyborczym bywa – oprócz ewidentnych naruszeń, z którymi nie sposób dyskutować – wywołane czasem również chęcią realizacji politycznego interesu i osłabienia lekarskiego głosu w przestrzeni publicznej. Każdorazowo reagują na nie jednak Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej, a samorząd prowadzi postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Konsekwentnie wyjaśniamy i opisujemy sytuacje w ochronie zdrowia, przedstawiamy prawdę o stanie polskiego systemu, a w przypadkach informacji medialnych o rażących naruszeniach, nie zamiatamy spraw pod dywan. Jako środowisko, szczególnie w nadchodzącym czasie, musimy udowodnić, że nie ma w naszych szeregach zgody na zachowania nieliczące z etosem zawodu lekarza.

Ze smutkiem stwierdzam, że mamy także do czynienia z nasilającą się kampanią oczerniania lekarzy w internecie, dyskredytowania, a także

NASZE WSPÓLNE SPRAWY

”

***I my,
i nasi pacjenci,
potrzebujemy
dobrych
zmian***

antagonizowania nas z pacjentami. Naczelna Izba Lekarska interweniuje w każdym takim przypadku. Mamy na koncie sukcesy, np. usuwanie przez redakcje szkodzącego lekarzom materiału czy przesłanie przeprosin dla środowiska lekarskiego i pomówionego lekarza. Możemy jednak działać jedynie w sprawach, o których wiemy. I choć dział mediów NIL na bieżąco monitoruje sytuację w przestrzeni medialnej, to jeśli widzą Państwo przypadek treści naruszającej interesy naszej grupy zawodowej, proszę bez wahań zgłosić go na adres hejt@nil.org.pl. Będziemy aktywnie działać w każdym zgłoszonym przypadku.

Obserwuję, że w tym samym czasie solą w oku rządzących stają się Izby Lekarskie. Powołany w parlamencie Zespół ds. Działalności Izb Lekarskich, artykuły w prasie o chwytliwych tytułach np. „Izby szkodzą lekarzom”, organizowane w ministerstwach spotkania z lekarzami będącymi stroną postępowań

przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej, personalne ataki na członków samorządu w przestrzeni publicznej czy powtarzane przez decydentów jak mantra narracje o „obrobie przez izby jedynie korporacyjnych interesów” to tylko przykłady działań nakierowanych na osłabienie samorządu lekarskiego. W mojej ocenie są one potwierdzeniem, że samorząd dobrze i w stanowczy sposób reprezentuje lekarskie interesy, że nie boimy się zabierać głosu w przestrzeni publicznej,

a nasze apolityczne, merytoryczne działania, stanowią często problem dla polityków. Docieramy do opinii publicznej, nasze działania są odbierane jako profesjonalne i stojące na adekwatnym, wysokim poziomie, stosownym do prestiżu zawodu lekarza.

Samorząd lekarski jest narzędziem naszego środowiska do walki o nasze wspólne sprawy. Wyzwań nie brakuje – walka o jakość kształcenia, prace nad rządową ustawą o jakości z całkowicie wypaczoną w niej ideą *no fault* i nasze zaangażowanie w jej poprawę, praca nad zniesieniem oznaczania poziomu refundacji na receptach, poprawa wizerunku lekarza w społeczeństwie – to tylko niektóre z nich. Proszę o Państwa zaangażowanie w miejscach pracy i ciągłe uświadamianie pacjentom, jakie są realia polskiej ochrony zdrowia, odpowiedzialność polityków za system czy absurdy legislacyjne serwowane nam przez rządzących. Jest nas, lekarzy, ponad 200 tysięcy. Nie tylko poprzez dotarcie medialne, ale również codziennym zaangażowaniem możemy zmienić świadomość pacjentów, a stąd już krok do wywarcia wpływu na decydentów. Wpływu i dobrych zmian, których tak potrzebujemy, zarówno my, jak i nasi pacjenci. ■■■

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



Klaudiusz Komor
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

To ostatnie zdanie z naszego filmu „Ratowanie życia to nie przestępstwo”. Chyba najlepiej oddaje ono obecną sytuację prawną lekarzy w Polsce – szczególnie jeśli rządowa ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta wejdzie w życie w niezmienionej formie.

Nie każdy młody człowiek, wybierając studia i swoją dalszą drogę życiową, zdaje sobie sprawę z tego, że zawód lekarza jest co prawda zawodem najwspanialszym, ale wiąże się również z olbrzymią odpowiedzialnością, a nawet ryzykiem. Nieraz w ułamku sekundy trzeba podejmować trudne decyzje mogące ważyć o ludzkim zdrowiu, a nawet życiu, oparte na własnej wiedzy i doświadczeniu, decyzje, których skutków nie będzie można już zmienić. Podejmując taką decyzję, trzeba mieć umysł wolny od innych obciążeń i stresów. W przeciwnym razie może nie być ona optymalna.

Tego właśnie zdają się, niestety, nie rozumieć rządzący (lub tylko udają, że nie rozumieją). I to właśnie ma społeczeństwu uzmysłowić nasz film – krótki obraz w reżyserii Łukasza Palkowskiego ze świetnymi rolami Katarzyny Dąbrowskiej i Tomasza Kota. Film o codziennych lękach i wątpliwościach każdego lekarza, film o naszej pracy. Należy podkreślić, że nie został on nagrany dla lekarzy i lekarzy dentystów – oni na co dzień zderzają się z dylematami, jakie mają aktorzy w filmie, dobrze znają niepokój związany z podejmowaną decyzją. Film został nagrany dla zwykłych ludzi, dla pacjentów i ich rodzin, dla wszystkich, którzy nie mają pojęcia, jakim obciążeniom psychicznym poddawani są leczący ich lekarze.

COKOLWIEK ZROBIMY, BĘDZIE ŹLE...

Członkowie rządu w mediach kreują trafiające na podatny grunt twierdzenia, że *no fault*, o który walczy samorząd lekarski, to „bezkarność dla lekarzy”. A ponieważ w Polsce społeczeństwo jest szczególnie wyczulone na przywileje innych, zwłaszcza takie, jak nadzwyczajne traktowanie przez prawo, hasła te są chętnie podawane dalej.

Bardzo trudno wytłumaczyć dokładne znaczenie pojęcia „*no fault*”, zwłaszcza w nawiązaniu do jego tłumaczenia. Podczas prac nad samorządowym projektem ustawy, który byłby realną alternatywą dla projektu rządowego, najtrudniejsze, a właściwie prawie niemożliwe, okazało się właśnie przetłumaczenie zwrotu „*no fault*” na język polski w taki sposób, aby był właściwie zrozumiany. Dlatego użyliśmy prostszego sposobu na dotarcie do ludzi – zamiast tłumaczyć samo pojęcie,

pokazujemy im prawdziwe wątpliwości i niepokoje lekarzy. Chcemy, aby przez chwilę utożsamili się z lekarzem i poczuli to, co czuje on, kiedy musi decydować i podejmować ryzyko, chcąc leczyć pacjenta najlepiej, jak potrafi. Trzeba przyznać, że dzięki wspaniałym aktorom oraz perfekcyjnej reżyserii film przemawia lepiej niż godziny przemówień. Teraz pozostaje zadanie dla nas wszystkich, dla całego samorządu – zrobić wszystko, aby ten film

dotarł do jak największej liczby Polek i Polaków, żeby w tej sprawie stanęli po naszej stronie!

Pierwsze sygnały docierające do Izby po premierze są bardzo pozytywne. Obraz spełnia swoje zadanie. Podobnie nie tylko wspaniała gra aktorska, dopracowany w najdrobniejszych szczegółach scenariusz i nietuzinkowa

oprawa dźwiękowa, ale również głęboki przekaz i realność przedstawionej sytuacji. To szczególnie ważne ze względu na to, że jeżeli trzeba będzie zdecydować się na ostateczne rozwiązanie, jakim będzie przygotowanie obywatelskiego projektu zmian w ustawie o jakości i zebranie pod nim wymaganej liczby stu tysięcy podpisów, wsparcie i zrozumienie społeczeństwa będzie nam bardzo potrzebne. Dzięki temu łatwiej będzie przekonać każdą napotkaną osobę, aby złożyła swój podpis pod tym projektem. ■■■

„
**Zamiast
tłumaczyć
„no fault”
chcemy, by każdy
mógł wczuć się
w rolę lekarza
podejmującego
decyzję mogącą
zaważyć na
ludzkim zdrowiu
i życiu**”

WSPOMNIENIE

Pożegnaliśmy doktora Andrzeja Sawoniego

Doktor Andrzej Sawoni był nie tylko zasłużonym działaczem i podporą samorządu lekarskiego, ale także utalentowanym chirurgiem, który przez wiele lat łączył leczenie pacjentów z funkcją dyrektora szpitala w Ostrowi Mazowieckiej.

Redakcja

Logicznym żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci doktora Andrzeja Sawoniego, wspaniałego człowieka, lekarza chirurga, Wiceprezesa i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej, Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie VII kadencji. Żegnamy naszego przyjaciela, wieloletniego Działacza Izby Lekarskich, jednego z inicjatorów odrodzenia samorządu lekarskiego, nauczyciela i mistrza wielu młodych lekarzy, wieloletniego Dyrektora Szpitala, cenionego i lubianego przez pacjentów chirurga, świetnego organizatora opieki zdrowotnej, ciepłego i dobrego człowieka – takimi słowami w imieniu wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków pożegnał doktora Sawoniego prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski. Dodał, że dr. Sawoniego wspomina jako człowieka samorządu, który nie tylko przekazał mu stery Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, ale także był w każdej chwili gotowy do pomocy swojemu następcy i chętnie, z ogromną życzliwością, wprowadzał go w tajniki zarządzania Izbą.

Doktor Sawoni odszedł 12 marca 2023 r. w wieku 69 lat. W samorządzie lekarskim działał od początku jego istnienia w wolnej Polsce – był członkiem Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich. Na rzecz środowiska lekarskiego pracował jako wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej (ORL) w Warszawie, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL), skarbnik NRL i ORL w Warszawie, a wreszcie od 2013 do 2018 r.

jako Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie.

Był delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy kilku kadencji. W NRL pełnił również funkcje przewodniczącego Komisji Finansowo-Budżetowej NRL, członka Zespołu ds. Autonomii Lekarzy Stomatologów NRL, a także członka Rady Ośrodka Współpracy z Polonią Medyczną. W ORL w Warszawie sprawował także funkcje zastępcy przewodniczącego i członka Rady.

Zawodowo przez całe życie – czyli przez 36 lat, 10 miesięcy i 27 dni, jak skrupulatnie wyliczył, gdy we wrześniu 2015 r. uroczystie pożegnali go powiatowi radni – związany był ze szpitalem w Ostrowi Mazowieckiej. Przez osiem lat – od 2007 do 2015 r. – pełnił funkcję dyrektora. W latach 1987-1991 kierował Stacją Pogotowia Ratunkowego w Ostrowi Mazowieckiej, a od 1991 r. był zastępcą ordynatora oddziału chirurgicznego Szpitala Rejonowego w Ostrowi Mazowieckiej

Doktor Sawoni był w latach 1998-2002 radnym Rady Powiatu w Ostrowi Mazowieckiej. Choć był warszawiakiem, spełniał się także w roli radnego Rady Miasta Ostrowi Mazowiecka I, II, i IV kadencji, był przewodniczącym Komisji Oświaty, Kultury, Kultury Fizycznej, Zdrowia, Spraw Socjalnych oraz Porządku Publicznego I kadencji, a także przewodniczącym Komisji Rewizyjnej II i IV kadencji.

Po studiach w Akademii Medycznej w Białymstoku uzyskał specjalizację z chirurgii.



Andrzej Sawoni
(1954-2023)

Przez lata był biegłym sądowym w tej dziedzinie. Jego zdaniem największe wyzwania medycyny w dzisiejszych czasach dotyczą kwestii etycznych.

– W postawie, w działaniu życzliwy ludziom i szanujący wszystkich, traktujący bez złych emocji nawet przeciwników, skłonny do negocjacji, był szczególnym przykładem lidera, dla którego najważniejsza jest nie własna pozycja, lecz zadania do wykonania. Autorytet zdobywał nie wypracowywanymi gestami ani socjotechnicznymi zabiegami, ale zdrowym rozsądkiem, talentami organizacyjnymi, wyczuwalną życzliwością i łatwą dostępnością dla wszystkich oraz czymś, co bez wahania można nazwać klasą – mówił nad mogiłą zmarłego dr n. med. Krzysztof Saturnin Schreyer, były przewodniczący Komisji Współpracy z Zagranicą ORL w Warszawie, członek Stowarzyszenia Pisarzy Polskich.

Podkreślił, że dr Sawoni traktował korporację lekarską w dużej mierze jak organizację koleżeńską, skupiającą ludzi zawodu charakteryzującego się humanizmem. – Miał wiedzę, talent i siłę, które pozwoliły mu niemalże rewolucyjnie zmienić organizację pracy samorządu warszawskiego, z czego – często nieświadomi jego zasług – korzystają wciąż lekarze odwiedzający naszą izbę – podkreślił dr Krzysztof Saturnin Schreyer.

Pożegnania doktora Sawoniego napływały do „Gazety Lekarskiej” ze wszystkich okręgowych izb lekarskich.

SZKOLENIA

NIEGOTOWI NA KATASTROFĘ

Nikt nie uczy polskich medyków, jak przygotować się na zdarzenie masowe. Brak kształcenia z medycyny pola walki może się okazać dotkliwy szczególnie dziś, gdy na Ukrainie trwa wojna.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna

Mariusz Tomczak dziennikarz

Boli, boli” – mówi słabnącym głosem Paweł Oskwarek, ratownik medyczny i instruktor z Centrum Kształcenia Podyplomowego Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM). Po drugiej stronie szyby kursanci uwijają się przy fantomie tak realistycznym, że na pierwszy rzut oka trudno go pomylić z człowiekiem. Paweł Oskwarek jest głosem fantoma. Szkoląc pielęgniarzy i ratowników, prowadzi bardziej rozbudowany dialog. Tym razem ogranicza się do prostych komunikatów i „mdleje”. To szkolenie dla lekarzy, głównie zabiegowców, w większości wojskowych. Stopień trudności jest wyższy, a stan pacjenta bardzo ciężki.

Lekarze – chirurg naczyniowy, neurochirurg oraz ortopeda – uwijają się przy chorym, na ekranie sprawdzając parametry. Kolejna dawka leku nie przynosi oczekiwanego efektu, tętno spada. Pacjent jest we wstrząsie. Podczas szkolenia dla lekarzy cywilnych i wojskowych instruktor kilka razy powtórzy, że rzeczywistość szpitala wojskowego jest inna od tej, którą znają ze szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) czy nawet centrów urazowych. Różni się triażem i czasem, jaki można poświęcić pacjentowi. Tu ratuje się życie, nie kończyny. Jeśli trzeba przyszyć rękę, nie ma czasu na szczegóły i doczyelowanie szwów. Czekają następni. Lepiej stracić rękę niż życie.

Były lekarz wojskowy, weteran misji w Afganistanie i Iraku, mniej doświadczonym lekarzom wojskowym i kilku cywilnym opowiada, jak zachować się w czasie zdarzenia masowego, jak zaopatrzyć obrażenia, do których nie przygotuje żaden cywilny SOR, i jak sobie radzić przy braku materiałów i leków. Mówi o polowej sali operacyjnej, w której temperatura powinna być taka, żeby chirurgom pot ściekał po plecach, o zmiażdżonych miednicach i urwanych palcach, którym nie można poświęcić całego dyżuru mikrochirurga.

To pierwsze takie szkolenie dla lekarzy, mające przygotować ich na zdarzenie masowe, ale też ewentualną konieczność zaopatrzenia dużej liczby rannych na polu walki. Doświadczeni chirurdzy, medycy ratunkowi i anesteziolodzy chcą być gotowi na wypadek nieprzewidywalnego.

A to, jak oceniają specjaliści, nie jest nieprawdopodobne. – W sytuacji konfliktu zbrojnego infrastruktura cywilna i cywilna ochrona zdrowia będą musiały sobie radzić z obciążeniem, jakie niesie ze sobą wojna. Jesteśmy jednym z nielicznych krajów w tej lokalizacji geograficznej, który zarówno na etapie kształcenia przed-, jak i podyplomowego personelu medycznego każdego rodzaju nie ma ani jednej godziny zajęć z zakresu medycyny pola walki. Tę lekcję musimy szybko odrobić – mówił dyrektor WIM gen. broni prof. Grzegorz Gielerak podczas sesji „System ochrony zdrowia na miarę naszych potrzeb oraz

współczesnych wyzwań i zagrożeń” w ramach VIII Kongresu Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach.

Szymon Rokicki, ratownik medyczny z Centrum Kształcenia Podyplomowego WIM, zwrócił uwagę na potrzebę intensyfikacji szkoleń dla personelu medycznego, tak by w razie wystąpienia konfliktu medycy cywile potrafili sprawnie poruszać się w łańcuchu leczenia pacjenta. – WIM proponuje rozszerzenie kształcenia na kierunku lekarskim o szkolenia w zakresie medycyny pola walki. Szkolenia te powinny być cykliczne, bo kompetencje zanikają. Wiedza nieużywana znika z naszej głowy – przekonywał.

– Wojskowa służba zdrowia wcześniej czy później będzie się opierać na systemie cywilnym – mówi Michał Madeyski, pełnomocnik dyrektora WIM. Co więcej, w razie konfliktu zbrojnego cywilne placówki ochrony zdrowia mogą zostać podporządkowane poleceniom wojskowych. W niektórych szpitalach mogą znaleźć się nie tylko obywatele Rzeczypospolitej, ale także uchodźcy z innych państw.

– Systemy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach powinny być gotowe na elastyczne dopasowanie się do większej liczby pacjentów na wypadek konfliktu zbrojnego w sąsiednich państwach i w konsekwencji duży i stosunkowo szybki napływ uchodźców. Doskonale to widać na przykładzie doświadczeń krajów uwikłanych w konflikty zbrojne, takich jak Syria i Liban – podkreśla gen. prof. Grzegorz Gielerak. Jak dodaje, medycyna pola walki w kluczowych dla ratowania życia procedurach różni się od cywilnej, niemniej jednak ważne jest również opanowanie umiejętności z obszaru medycyny naprawczej, np. w jaki sposób skutecznie zaopatrzyć uszkodzone postrzałem tkanki i narządy, w sytuacji gdy widoczne uszkodzenie mechaniczne jest tylko częścią rzeczywistych obrażeń.

Pytany o to, jak bardzo różni się medycyna pola walki od medycyny ratunkowej, mówi: – Są pewne odmienności, jeśli chodzi o rodzaj i zakres stosowanych procedur. Natomiast różnice stają się dużo bardziej dostrzegalne w obszarze używanych środków i materiałów medycznych, które z uwagi na charakter obrażeń w wojsku często są zupełnie odmienne. Warto również wspomnieć o warunkach prowadzenia pomocy medycznej – w wojsku musimy działać szybciej i w dużo większej skali, niż dzieje się to w środowisku cywilnym – tłumaczy generał.

ROZMOWA



Zmiana MENTALNA JEST NAJWAŻNIEJSZA

Kiedy rzeczywistość wymusza na nas pewne działania, wszystko da się zrobić – mówi **Piotr Szetelnicki**, specjalista medycyny ratunkowej, lider Emergency Medical Team Polskiej Misji Medycznej, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czy system ochrony zdrowia w Polsce jest przygotowany na masowy napływ ciężko rannych ukraińskich żołnierzy i ludności cywilnej?

Jeśli Rosja zintensyfikowałaby działania zbrojne, można by się teoretycznie spodziewać dużej fali uchodźców, podobnie jak na przełomie lutego i marca 2022 roku, ale nie byłaby ona raczej problemem dla szpitalnych oddziałów ratunkowych w Polsce. Byłoby to wyzwanie bardziej dla podstawowej opieki zdrowotnej i opieki socjalnej. Moim zdaniem w tej chwili nie jesteśmy narażeni na masowy napływ rannych ukraińskich żołnierzy ani cywili.

Czytając doniesienia z frontu, chyba nie każdy tak uważa...

Przez ostatni rok Ukraina przy wsparciu społeczności międzynarodowej znacząco rozwinęła swoje zdolności do udzielania pomocy medycznej. Osoby ranne, w ciężkim stanie, są zaopatrywane bezpośrednio na miejscu zdarzenia lub w jego pobliżu – trafiają na ukraińskie odpowiedniki SOR lub jest im udzielana pomoc w wojskowych szpitalach polowych, a także placówkach medycznych stworzonych przez międzynarodowe organizacje zajmujące się pomocą medyczną i humanitarną, takie jak choćby Polska Misja Medyczna.

Zasadą generalną i najbardziej sensownym postępowaniem jest tworzenie zwiększonej możliwości pomagania osobom rannym lub chorym bezpośrednio na miejscu, bo wielu z nich nie wymaga jakiegokolwiek ewakuacji medycznej, a kolejni nie przeżyją transportu medycznego na dalsze odległości. Nikt nie podejmie decyzji o ewakuacji poszkodowanych w najbardziej ciężkim stanie bez uprzedniego ustabilizowania ich stanu ogólnego. Dopiero w późniejszym okresie, gdy możliwości ukraińskiej ochrony zdrowia się wyczerpią, można rozważać decyzje o transporcie rannych i poszkodowanych do zagranicznych ośrodków specjalistycznych.

Czasami pacjenci z Ukrainy są ewakuowani za granicę. Jak to wygląda?

Taką pomoc oferuje nie tylko Polska, ale również inne kraje. Transporty odbywają się w sposób skoordynowany na poziomie rządowym, ale także dzięki współpracy wielu ludzi dobrej

woli. To efekt bezpośrednich ustaleń pomiędzy lekarzami specjalistami ukraińskimi i ich zagranicznymi kolegami – z reguły konieczny jest tu przepływ dokumentacji medycznej, jej dokładne tłumaczenie, często konsylia między-narodowe, całe szczęście ułatwiane obecnie przez liczne narzędzia łączności online. Oczywiście bywa jednak i tak, że medycy wyjeżdżają, by udzielać pomocy bezpośrednio w placówkach w Ukrainie.

Zanim dojdzie do transportu medycznego, dokładnie określa się profil rannych i zapotrzebowanie na konkretny rodzaj zabiegów. Doskonale wiemy, że pomimo wszechstronnej wiedzy specjalistycznej w danej dziedzinie medycyny, np. chirurgii czy ortopedii, są w Polsce oddziały, które wybitnie specjalizują się w jakiejś podspecjalizacji – chirurgii replantacyjnej, chirurgii rekonstrukcyjnej, leczeniu ciężkich oparzeń i tak dalej. Następstwa urazów bojowych to specyficzne obrażenia, charakteryzujące się dużymi ubytkami kostnymi, mięśniowymi czy skórными, często niestety skolonizowane przez lekooporne szczepy bakteryjne. Do leczenia takich stanów potrzeba zarówno wybitnych specjalistów, jak i specyficznych możliwości organizacyjnych w szpitalach, do których mieliby trafiać tacy poszkodowani.

📌 Jakie doświadczenie mają polscy lekarze w leczeniu ran postrzałowych? Czy poradziłby sobie z dużą liczbą ofiar z takimi obrażeniami?

Rany bojowe to nie tylko postrzały. Powiedziałbym, że trudniejsze są w leczeniu rany oparzeniowe oraz rany powstałe w wyniku ostrzału artyleryjskiego. Polski personel medyczny brał udział w ostatnich kilkunastu latach w zabezpieczeniu medycznym w dużych konfliktach zbrojnych, m.in. w Iraku i Afganistanie, nabierając przy tym sporego doświadczenia. Wystarczy sięgnąć po ich wiedzę – choćby pana prof. Waldemara Machałę. Poza tym mamy w Polsce topowych specjalistów od chirurgii ręki i nie tylko, ośrodki chirurgii replantacyjnej i rekonstrukcyjnej na światowym poziomie – wystarczy przytoczyć nazwiska dr. Adama Domanasiewicza, prof. Adama Maciejewskiego, prof. Jerzego Strużyny i wielu, wielu innych. Najważniejsze to stworzyć taki system zarówno organizacyjny, jak i rozliczeniowy, żeby najlepszym oddziałom opłacało się być najlepszymi, a pozostałym

dawało motywację równać kompetencyjnie do góry.

📌 Mam nadzieję, że nigdy do tego nie dojdzie, ale założmy kasandryczny scenariusz: Rosja wszystko stawia na jedną kartę i intensyfikuje działania zbrojne, jeszcze mniej zważając na cierpienia ludności cywilnej, a do Polski napływa znacznie więcej rannych niż rok temu. Co wtedy?

W sytuacji, gdyby na Ukrainie doszło do totalnego załamania wszystkich frontów i wręcz do katastrofy pod względem militarnym i przede wszystkim humanitarnym, nasze granice oraz system opieki zdrowotnej mogłyby zostać przejściowo bardzo obciążone. Pierwszą falę rannych z pewnością przyjąłby na siebie szpital i przychodnie w rejonie przygranicznym, ale ich masowy napływ musiałby wywołać szybką reakcję na każdym piętrze drabiny zarządzania. Sprawnie powinno dojść do alokacji pacjentów, którzy skoordynowanymi transportami byłiby rozwożeni po całej Polsce – tam, gdzie byłaby możliwość leczenia specjalistycznego, bo pozostawienie ich w jednostkach medycznych na tzw. ścianie wschodniej oznaczałoby przeniesienie problemu katastrofy z terytorium naszego zaatakowanego sąsiada na SOR-y i POZ-y w tamtym rejonie.

Na to nie można by sobie pozwolić zarówno ze względu na polskich, jak i ukraińskich chorych czy rannych. Tego typu sytuacja nakazywałaby uruchomić procedury adekwatne do klasycznych zasad postępowania w zdarzeniach masowych czy katastrofach, a te na poziomie każdego województwa winny być opracowane i gotowe do wdrożenia. Wykorzystanie takich jednostek jak choćby Lotnicze Pogotowie Ratunkowe zdecydowanie usprawniłoby te działania alokacyjne, co zresztą miało miejsce wiosną 2022 roku, choć w niezbyt nasilonym zakresie.

📌 Niektóre szpitale pękałyby w szwach, ale daliśmyby radę?

Z przyczyn zarówno politycznych, jak i przede wszystkim ludzkich, humanitarnych jest pewne, że podjęlibyśmy się udzielania pomocy osobom docierającym do Polski. Przygotowując się zgodnie z zasadami zarządzania kryzysowego na potencjalny najgorszy scenariusz, należy brać pod uwagę również aspekt uzyskania zgody, zarówno społecznej,

jak i środowiska medycznego, na „ratunkowe” przeorganizowanie systemu skutkujące przejściowym zmniejszeniem komfortu własnego, być może zarówno pacjentów, jak i na pewno personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

📌 W jaki sposób ta sytuacja wpłynęłaby na pracę lekarzy?

Koszt działania w sytuacjach kryzysowych to m.in. zwiększenie obciążenia pracą, zmniejszenie komfortu, przejściowe odstępowanie od standardów panujących w normalnych czasach, konieczność godzenia się na różne kompromisy. Uważam, że zarówno jako lekarze, jak i obywatele jesteśmy gotowi wyjść ze strefy własnego komfortu, ale muszą być jasno sprecyzowane zasady i motywacje, które zarządzającym każą nas prosić o takie poświęcenie. Kiedy rzeczywistość wymusza na nas pewne działania, wszystko da się zrobić – to zarówno kwestia skuteczniejszego zarządzania, jak i zmiany mentalności ludzi.

📌 Trzy lata temu epidemia doprowadziła do wielu wyrzeczeń, ale również wymusiła szybkie zmiany. Czego nauczył się personel medyczny?

W trakcie pandemii COVID-19 poradziliśmy sobie z wieloma wyzwaniami, mimo że w pierwszych tygodniach pandemii brakowało wszystkiego – rękawiczek jednorazowych, środków dezynfekcyjnych czy środków zabezpieczenia osobistego. Nie wiedząc z czym walczymy, tworzyliśmy procedury, a pozyskując z każdym miesiącem wiedzę, potrafililiśmy wyciągać wnioski i optymalizować nasze postępowanie. Tempo tworzenia oddziałów covidowych było imponujące i choć po czasie być może już wiemy, że niektóre rozwiązania mogły być inne, to generalnie poświęceniu personelu ochrony zdrowia i dociekliwości naukowców zawdzięczamy sukces w walce z pandemią. Zawsze jednak, niezależnie od tego, czy to stan zagrożenia epidemicznego, czy katastrofa naturalna, czy skutki przerażających konfliktów zbrojnych, najważniejsza zmiana to ta, która następuje w naszej mentalności – zwiększenie gotowości do pomocy bliźniemu nawet kosztem jakichś wyrzeczeń własnych. Polskie społeczeństwo, w tym przedstawiciele zawodów medycznych, pokazało, że w takich sytuacjach można na nas liczyć.

ROZMOWA



Takie rzeczy TYLKO W SIŁACH ZBROJNYCH

Warto, by młodzi lekarze wiedzieli, że armia daje możliwości niedostępne dla cywilów i czyni życie absolutnie wyjątkowym – mówi szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego mjr dr n. med. **Jacek Siewiera** w rozmowie z Karoliną Kowalską.

1 Jest pan pierwszym lekarzem, który został szefem BBN. Czy ten wybór ma związek z sytuacją na Ukrainie i przygotowaniem systemu do leczenia ewentualnych ofiar konfliktu zbrojnego? Na to pytanie odpowiedzieć może jedynie: Prezydent RP. Wojna na Ukrainie to wydarzenie, które zmienia oblicze Polski, Europy i świata. Gdybym ograniczył moje zobowiązania jako szefa BBN jedynie do kompetencji w dziedzinie medycyny i systemu ochrony zdrowia, popełniłbym błąd. Przez wszystkie kryzysy ostatnich

lat: SARS-CoV-2, hybrydowe działania na granicy z Białorusią, a wreszcie rok wojny w Ukrainie, blisko współpracowałem z prezydentem, korzystając z doświadczenia, jakie daje mi każdy z moich zawodów: żołnierza, lekarza i prawnika. Składając mi propozycję objęcia funkcji, prezydent podkreślił, że motywem działania osoby, która będzie odpowiadała za bezpieczeństwo narodowe, powinien być najwyższy szacunek dla życia człowieka. Jego słowa wybrzmiały z ogromną mocą, a ja zrozumiałem, że jak

wielką odpowiedzialnością przyjdzie mi się zmierzyć.

2 Pod koniec stycznia BBN poinformowało, że wspiera Ministerstwo Obrony Narodowej oraz WIM w tworzeniu koncepcji Wojsk Medycznych (WM). Czym będą te wojska?

Wojska medyczne zapewniają właściwy poziom świadczeń zdrowotnych na potrzeby Sił Zbrojnych w czasie pokoju, a w szczególności w trakcie prowadzenia walki. Dysponują własnymi specjalistycznymi środkami ewakuacji medycznej, również powietrznej, a także własną łącznością, która powinna być kompatybilna z łącznością wojskową, ale nie może wchodzić w kolizję z łącznością bojową. Pewne informacje dotyczące realizacji zadań MEDEVAC obejmują wykorzystanie łączności wojskowej, natomiast łączność medyczna powinna dawać możliwość wymiany specjalistycznych informacji o stanie pacjentów, czasie transportu, zasobach medycznych czy przygotowaniu do operacji w punkcie zabezpieczenia trauma teamu bez kolizji z komunikatami nadawanymi przez wojska operacyjne. WM powinny dysponować swoimi zintegrowanymi zasobami przeznaczonymi dla nich i wykorzystywać je w trakcie walki do zabezpieczenia medycznego.

3 WM zostaną wydzielone z dzisiejszej wojskowej służby zdrowia? Kiedy powstaną?

Prace analityczne i eksperckie w tym zakresie trwają w Wojsku Polskim (WP) od niedawna, ale dyskusja o potrzebie takiego rozwiązania sięga wielu lat wstecz. W najbliższym czasie powstaną zespoły eksperckie, które złożą gotowe propozycje. Jeszcze za wcześnie na deadline'y. Sformowanie takiej struktury to potężna reforma. Takie zmiany nie dokonują się z dnia na dzień.

4 Czy WM zakłada zatrudnianie lekarzy cywilnych?

System musi zakładać zwiększenie liczebności wojskowej służby zdrowia przez lekarzy żołnierzy, ale też zaangażowanie cywilnych lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek, którzy zechcą połączyć wiedzę, odpowiednie umiejętności i kwalifikacje i będą gotowi wykorzystać je w działaniach w okresie ewentualnego konfliktu. Ten drugi filar jest także nieodłącznym elementem systemu mobilizacji i przygotowania państwa na czas kryzysu. Podobnie jak w każdym innym rodzaju wojsk, w WM rezerwa stanowi o pełnym potencjale.



Mjr dr Jacek Siewiera z pacjentem w komorze hiperbarycznej

21 Kiedyś lekarze wojskowi rekrutowali się z nieistniejącej już Wojskowej Akademii Medycznej (WAM) w Łodzi. Może czas ją reaktywować?

Od 15 lat dla potrzeb sił zbrojnych lekarze kształceni są na wydziale wojskowo-lekarskim Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jako żołnierze w czynnej służbie korzystają z możliwości cywilnej uczelni. Reaktywacja uczelni wojskowej przyniosłaby wiele korzyści. Kiedyś sam wybrałbym WAM jako swoją Alma Mater, ale nie miałem takiej szansy, bo ostatni nabór był w 2002 r., a ja zdawałem maturę w 2003 r. Gdyby WAM wówczas istniała, tacy ludzie jak ja nie musieliby krążyć po uczelniach cywilnych, poszukując dla siebie miejsca i drogi rozwoju. Skończyłem Uniwersytet Medyczny (UMW) im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, zrobiłem doktorat, skończyłem studia prawnicze i dopiero wówczas trafiłem do zawodowej służby wojskowej. Nie jest to standardowa ścieżka rozwoju lekarza wojskowego.

21 Na UMW nie brakowało panu zajęć z medycyny pola walki?

Takich zajęć brakowało i nadal brakuje. Tym bardziej że w ratownictwo zaangażowałem się już wtedy, gdy zostałem studentem, i wiedziałem jakich elementów brakuje w polskim systemie kształcenia lekarzy. Po raz pierwszy z prawdziwą medycyną i pacjentami zetknąłem się w ramach praktyki lekarza rodzinnego w punkcie medycznym wspólnoty Taizé

we Francji, gdzie działał ustrukturyzowany i jak na tamte czasy nowoczesny system pomocy medycznej, a nawet ratownictwa. Zobaczyłem, że system ratowniczy nie musi angażować lekarzy. Gdy wróciłem do Polski, założyłem firmę szkolącą z pierwszej pomocy. Jednym z głównych

klientów szybko stało się wojsko, które realizowało kontyngenty w Afganistanie i Iraku. Na początku lat 2000. pierwsza pomoc dopiero zaczynała być tematem debaty eksperckiej. Jeśli chodzi o samą edukację, to choć brakowało zajęć z medycyny pola walki, w szpitalach woj-

skowych mogłem czerpać wiedzę pełnymi garściami. Część starszych lekarzy oficerów gromadziła ją przez dziesiątki lat i chętnie dzieliła się nią z młodszymi kolegami. Ale wówczas medycyna pola walki, jaką znamy dziś, nie istniała. Rozmawialiśmy o schematach postępowania na polu walki, które dopiero wykuwaliśmy we współpracy z kolegami z jednostek w krajach sojuszników, głównie w USA. W tamtym czasie zakończono etap myślenia o wojnie jako o konfrontacji z użyciem wojsk pancernych i artylerii, a Siły Zbrojne zaczęły przygotowywać swoje zdolności do realizacji misji ekspedycyjnych.

21 Wojna miała się już nie powtórzyć?

Wielu mówiło, że wojna w okopach, z użyciem czołgów, jest już historią. Procedury ratownictwa pola walki dostosowywane były do tych zadań – do ewakuacji używano

śmigłowców, transporty obejmowały z reguły jednego pacjenta. Wojna na Ukrainie pokazała, że jeśli personel medyczny ma działać efektywnie w ratowaniu życia żołnierzy i przetrwaniu wojsk, musi zostać zintegrowany w jeden system realizujący zadania w zupełnie innej skali, w warunkach nieustającej katastrofy. Bo wojna z medycznego punktu widzenia jest katastrofą.

21 Jak dziś definiuje się medycynę pola walki?

Wracamy do myślenia o wojnie w kategoriach wojny pancerniej. Udział WP w misjach ekspedycyjnych z wojskami NATO doprowadził do rozwoju procedur ratowniczych pola walki – prostych czynności, które może wykonywać osoba bez wykształcenia medycznego. Na początku XXI w., w dobie wojny z terroryzmem, główny kontakt ogniowy z przeciwnikiem przebiegał z wykorzystaniem broni długiej, krótkiej, czasem przeciwpancernych pocisków kierowanych (PPK). Częste były zamachy bombowe improwizowanymi materiałami wybuchowymi. Kto wtedy uczył chirurgów leczenia choroby oparzeniowej na skutek użycia ładunków fosforowych... W dzisiejszym konflikcie znów ok. 70 proc. poszkodowanych żołnierzy stanowią ranni na skutek ognia pośredniego, najczęściej rażeni pociskami artyleryjskimi z dystansu kilkudziesięciu kilometrów.

21 Czy dzisiejszy lekarz cywilny powinien zainwestować w kursy, na przykład TC3?

TC3, czyli Tactical Combat Casualty Care, to wiedza dla ratowników medycznych, paramedyków, żołnierzy szkolonych w zakresie ratownictwa taktycznego Combat Life Saver (CLS). Nie jest przydatna dla lekarzy, za wyjątkiem wąskiego grona lekarzy wojsk specjalnych. Waga lekarza – chirurga, anestezjologa czy ortopedy – jest dla wojska nieporównywalnie większa, gdy ma odpowiednie zasoby i gdy znajduje się we względnie bezpiecznym rejonie, poza bezpośrednią strefą działań wojennych. Lekarza trzeba chronić. Teatr jego działań będzie poza polem walki.

21 Co może zyskać lekarz, wstępując do wojska?

W społeczeństwie pokutuje przekonanie, że Siły Zbrojne to siermiężne wojsko, które niewiele zmieniło się od czasów Układu Warszawskiego. Tymczasem dziś armia jest ogromną organizacją skupiającą ludzi o wysokich kompetencjach i oferującą niezwykle możliwości rozwoju. Służba w Siłach Zbrojnych odpowiadających na potrzeby współczesnego pola walki jest

niezwykle wymagająca intelektualnie. Chodzi nie tylko o domeny cyber i space. W dobie elektronicznego pola walki, wielodomenowego dowodzenia, satelitarnego obrazowania i planowania operacyjnego z wykorzystaniem sztucznej inteligencji (AI), Siły Zbrojne poszukują najlepszych. Nie zawsze są konkurencyjne finansowo, choć to się zmienia w zależności od branży, ale pod względem możliwości rozwoju, szkolenia i niemal globalnych kontaktów są bez konkurencji. Dziś żadne korpo nie daje dostępu do takiej technologii i networkingu jak armia. To samo dotyczy wojskowej służby zdrowia i w przyszłości wojsk medycznych. Warto, by lekarze wiedzieli, że armia daje możliwości niedostępne dla cywilów i czyni życie absolutnie wyjątkowym.

21 Jakie to możliwości?

Służba wojskowa jest dla lekarza niezwykłą okazją do rozwoju umiejętności, kompetencji i kwalifikacji. Jestem tego najlepszym przykładem. Jako cywil pewnie nigdy nie miałbym możliwości zbudowania kliniki sprofilowanej pod procedury dekompresji, która wprost zajmuje się leczeniem choroby dekompresyjnej, ale też przygotowaniem ekstremalnych profili nurkowych, specjalnych operacji podwodnych, podwodnych działań bojowych i przerzutu podwodnego. Temat dekompresji jest dla anestezjologa o tyle naturalny, że jego



Prezydent Andrzej Duda wręcza mjr. dr. Jackowi Siewierze powołanie na stanowisko Szefa BBN

specjalizacja wymaga dogłębnej znajomości układu oddechowego oraz fizjologii, patofizjologii i mechaniki oddychania. A najbardziej zaawansowane układy oddechowe aparatów nurkowych, umożliwiające nurkowanie na zamkniętym obiegu, ideą i konstrukcją niemal bliźniaczo przypominają maszyny anestetyczne. Z kolegami anestezjologami żartujemy, że nurkowanie na rebreatherrze to jak znieczulenie ogólne pod wodą. Tylko bez anestezjologa.

Wyzwaniem są sytuacje bezpośrednio zagrożające życiu. Łatwo znaleźć związek pomiędzy tak radykalnie nieprzyjaznym środowiskiem dla człowieka jak środowisko podwodne z potencjalnym zagrożeniem życia, a jednocześnie koniecznością realizacji procedur ratowniczych czy związanych z podtrzymywaniem życia. Klinika Medycyny Hiperbarycznej Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM), którą utworzyliśmy w 2017 r., ma bardzo duże doświadczenie



Mjr dr Jacek Siewiera po akcji ratowniczej z udziałem śmigłowca Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

w prowadzeniu terapii pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, w warunkach sztucznie wytworzonego nadciśnienia w komorze z wykorzystaniem wentylacji mechanicznej.

Prócz anestezjologów wojsko potrzebuje pewnie głównie zabiegowców?

Nie tylko. Przez rozedrganie związane z wojną w wielu sektorach przemysłu na globalnym rynku powraca wyścig o dostęp do zaawansowanych technologii, które mając cywilne przeznaczenie, mogą służyć wzmocnieniu potencjału militarnego. Najnowszym przykładem są cywilne drony czy starlink. Są to też technologie związane z medycyną, ratowaniem życia, protetyką czy medycyną ratunkową, którą znamy z pola walki. Przykładem są nowe rodzaje opatrunków hemostatycznych. Ogromny potencjał, jeśli chodzi o zapewnienie pomocy wojskom, będą miały wszystkie technologie związane z drukowaniem 3D, np. protez czy kości. Dzisiaj przeprowadza się na Ukrainie 50-100 amputacji kończyn dziennie.

Ma pan na koncie pierwszy w Polsce podręcznik poświęcony ograniczeniom technologii podtrzymującej życie.

Po studiach trafiłem na staż do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii UMW prowadzonej przez prof. Andrzeja Küblera, gdzie byłem świadkiem uporczywej terapii, w dodatku kogoś, kogo dobrze znałem. Przez lata studiów blisko współpracowałem z Jarkiem Gołasiem, który rozpoczął specjalizację z kardiochirurgii. W wieku 32 lat był jednym z pierwszych pacjentów, którzy zmarli w przebiegu świńskiej grypy. Doświadczylem umierania tego pacjenta przez wiele dni i obiecałem sobie, że w ramach pracy naukowej po studiach spróbuję zmierzyć się z tematem ograniczenia terapii daremnej. Gdy w rozmowie z z prof. Küblerem wyjaśniłem swoją motywację, profesor zauważył, że tak jak lekarze nie lubią, gdy prawnicy mówią im, jak mają leczyć, tak prawnicy nie będą uznawali regulacji za właściwie umocowane w systemie prawa, póki nie napisze ich prawnik. Doszedłem do wniosku, że muszę zostać prawnikiem. W 2014 r. obroniłem doktorat z medycyny, a Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii po raz pierwszy wprowadziło protokół ograniczenia terapii daremnej jako obowiązujący dokument.

Musi pan mieć bardzo dużo samozaparcia.

Jeśli coś uznaję za ważne, robię wystarczająco dużo, by to osiągnąć, i z reguły się udaję. Często jest to praca zespołowa, w której wiele zawdzięczać właściwym ludziom. Przykład to współpraca z Uniwersytecie Oksfordzkim.

Dowódca WIM gen. broni prof. Grzegorz Gielera skierował mnie do służby w strukturach NATO Science & Technology Organization. Niedługo potem otrzymałem z Uniwersytecie Oksfordzkiego zaproszenie do uczestnictwa w studiach w dziedzinie strategii i innowacji.

Gdy w październiku media rozpisywały się o tym, że już jako szef BBN brał pan udział w ratowaniu życia ofiary wypadku, wydawał się pan zażenowany. Na Twitterze napisał pan: „Prawdziwymi bohaterami są ratownicy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR), dla których była to druga albo trzecia robota tej doby”.

Napisałem też, że najdziwniejsze, iż jako lekarz 10 lat robiłem resuscytację i w nagrodę był najwyżej zimny kebab w dyżurce. Każdy lekarz wie, jakie to uczucie i jak czasem niedoceniana jest ta praca, tylko dlatego że ma charakter codziennych obowiązków, choć niejednokrotnie w tej codzienności koledzy lekarze dokonują rzeczy niezwykłych. Wtedy na drodze zachowałem się tak, jak w mojej sytuacji zachowałby się każdy lekarz. Najechaliśmy na wypadek na drodze, zresztą bardzo ciężki, z trzykrotnym zatrzymaniem krążenia. Śmigłowiec LPR dotarł na miejsce bardzo szybko i zabezpieczyliśmy pacjenta wraz z lekarzem LPR, trzema ratownikami medycznymi i wieloma ratownikami różnych służb. A że stan pacjenta był bardzo ciężki, to i tak brakowało rąk do pracy. Trzeba było wykonać intubację, do której podchodziliśmy

Lekarza trzeba chronić; teatr jego działań będzie poza polem walki

czterokrotnie, zmieniając się z lekarzem z LPR, bo trzy próby laryngoskopem się nie powiodły. Ostatecznie udało się to po prowadnicy z użyciem wideolaryngoskopu. Konieczne były szerokie wkłucia do żyły szyjnej zewnętrznej i na obwód, zamonitorowanie chorego, stabi-

lizacja kręgosłupa i miednicy, obustronne ratunkowe drenaże klatki piersiowej, a w pierwszej fazie wkłucie doszypikowe. Wszystko wykonywane było w trakcie trzykrotnie podejmowanej resuscytacji, więc czynności przy pacjencie było dużo. Gdy startował śmigłowiec, pacjent był w stanie krytycznym. Mieliliśmy do czynienia z trudnym zdarzeniem. Gdyby nie załoga LPR, na pewno byśmy sobie z nim nie poradzili.

Gdy został pan ministrem w Kancelarii Prezydenta, a potem szefem BBN, media przypominały, że w 2019 r. został pan odznaczony Krzyżem Zasługi za Dzielność za uratowanie życia pilotowi myśliwca MIG-29, który uległ awarii w trakcie lotu. Również wówczas mówił pan, że wykonywał swoje obowiązki.

Tego właśnie się oczekuje od żołnierza. Jeżeli udzielam pomocy i ratuję życie drugiego człowieka, który naraża życie, gdy również pełni służbę, to wypełniam pewne zobowiązanie. Zaciągnąłem je dwa razy: składając przysięgę wojskową i przysięgę Hipokratesa. Wielu ludzi, którzy noszą mundur, szczególnie w elitarnych jednostkach, traktuje braterstwo broni naprawdę serio. Nie muszą o nim mówić, by dawać jego dowody w codziennej pracy. To zdarzenie było wyjątkowe pod względem medycznym, ale nie pod względem poświęcenia. Wielu podejmuje znacznie większe ryzyko i ponosi w służbie znacznie większe ofiary. Takie rzeczy tylko w Siłach Zbrojnych. ■■■

MJR DR N. MED. JACEK SIEWIERA

– od października 2022 r. szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego, wcześniej minister w Kancelarii Prezydenta RP. Żołnierz w stanie spoczynku. Absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego i Wyższej Szkoły Prawa we Wrocławiu. Obronił rozprawę doktorską w Katedrze Medycyny Sądowej UWM. Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, jest twórcą Oddziału Klinicznego Medycyny Hiperbarycznej Wojskowego Instytutu Medycznego, pierwszego w Polsce wojskowego ośrodka klinicznego dedykowanego leczeniu personelu podwodnego oraz latającego Sił Zbrojnych. Autor pierwszego w Polsce podręcznika poświęconego ograniczeniom technologii podtrzymującej życie, zatytułowanego „Terapia daremna lekarzy i prawników”. Ukończył z wyróżnieniem studia na Uniwersytecie Oksfordzkim w dziedzinie strategii i innowacji.

EDUKACJA

Lekarz wojskowy, czyli wszechstronny

Zwiększa się liczba żołnierzy i rosną limity miejsc dla studentów mundurowych. Czy warto zostać lekarzem wojskowym?



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Nie spóźnimy się na zajęcia, bo możemy zastać drzwi zamknięte. Wykładowcy nie lubią spóźnialskich, a w przypadku kontaktu e-mail z wykładowcą nie wolno zaczynać od zwrotu „witam”, bo „jest on zarezerwowany dla osoby o niższym statusie” – to niektóre zasady „uczelnianego savoir-vivre” obowiązujące w Kolegium Wojskowo-Lekarskim (KWL) Uniwersytetu Medycznego (UM) w Łodzi.

To jedyna medyczna uczelnia wyższa w Polsce, w której kształcą się kandydaci na żołnierzy zawodowych w ramach limitu Ministerstwa Obrony Narodowej (MON). Studia trwają 6 lat i odbywają się w KWL, które funkcjonuje na Wydziale Lekarskim. UM w Łodzi współpracuje z Akademią Wojsk Lądowych (AWL) im. Gen. Tadeusza Kościuszki we Wrocławiu. O przyjęcie na I rok studiów jako kandydat na żołnierza zawodowego może się ubiegać pełnoletni, niekarany obywatel Polski. Musi się wykazać odpowiednią zdolnością psychiczną i fizyczną do

pełnienia służby, o czym orzekają wojskowe komisje lekarskie i wojskowe pracownie psychologiczne. Na badania kieruje komendant Wojskowej Komendy Uzupełnień (WKU), która prowadzi pobór do wojska i udziela odroczenia zasadniczej służby, dlatego skrót WKU zna chyba każdy młody mężczyzna w Polsce.

DWA ETAPY: WROCŁAW I ŁÓDŹ

Rekrutację dla kandydatów na studia w ramach limitu miejsc MON podzielono na dwa etapy. Pierwszy, przeprowadzany centralnie na szczeblu AWL we Wrocławiu, składa się z testu znajomości języka angielskiego, egzaminu sprawnościowego i rozmowy kwalifikacyjnej. – Pierwszy etap postępowania rekrutacyjnego ma określić, czy kandydat spełnia warunki do odbycia dobrowolnej zasadniczej służby wojskowej oraz czy posiada wiedzę i umiejętności przydatne we współczesnym Wojsku Polskim (WP) – wyjaśnia kpt. Roksana Borowska, oficer prasowy AWL. Akademia uczestniczy w każdym etapie kształcenia przyszłych oficerów korpusu medycznego. – Od przyjęcia do pełnienia dobrowolnej zasadniczej służby wojskowej, przeprowadzenia jej pierwszej części zakończonej złożeniem przysięgi wojskowej, kończąc na promocji oficerskiej – wylicza kpt. Borowska. Drugi etap wymaga rejestracji w systemie rekrutacyjnym uniwersytetu. „Rektor UM w Łodzi przesyła dyrektorowi Departamentu Kadr MON wykaz osób przyjętych na I rok studiów spośród osób, którym wydano zaświadczenie o przydatności do zawodowej służby wojskowej. Na tej

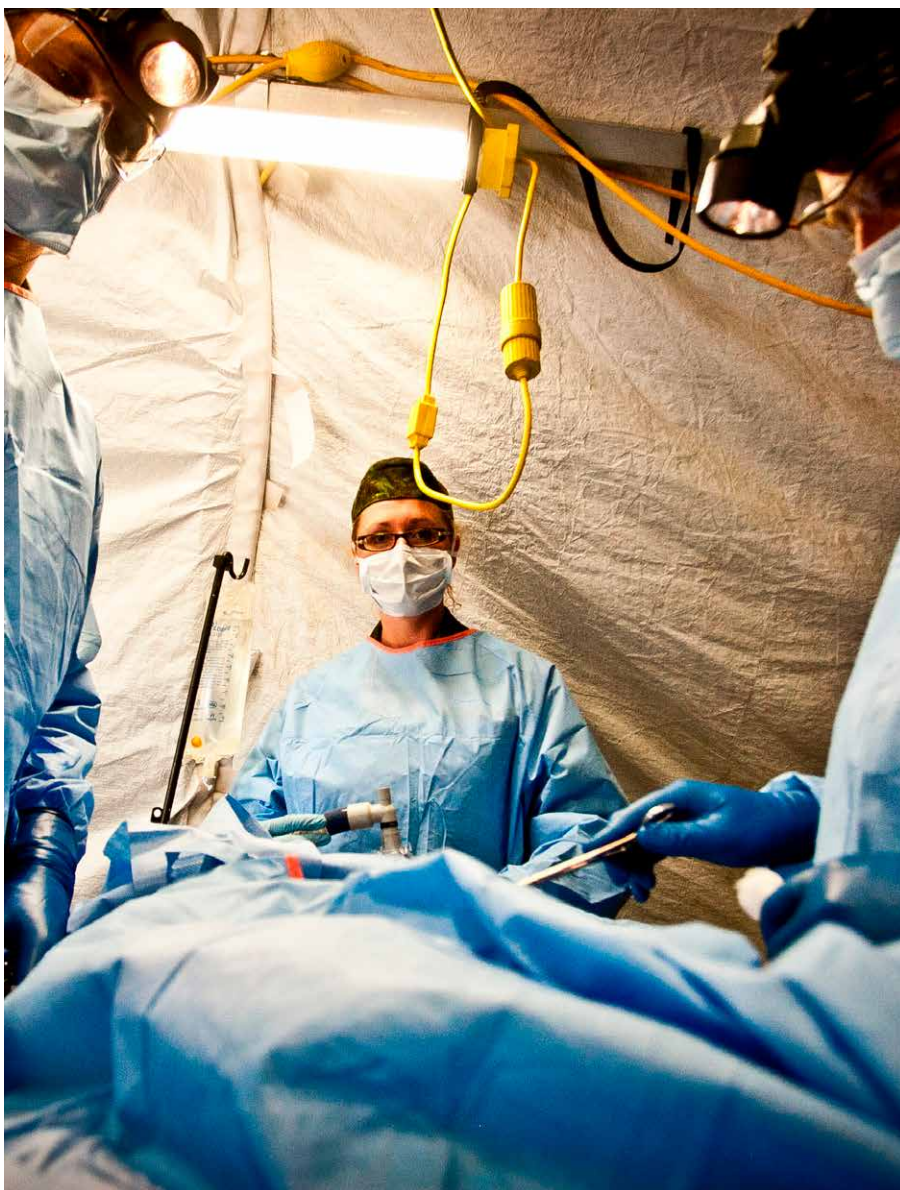
podstawie dyrektor Departamentu Kadr wydaje decyzje o powołaniu do służby kandydackiej” – w taki sposób proces rekrutacyjny opisuje UM w Łodzi na stronie internetowej. Z osobą powołaną do służby rektor komendant AWL podpisuje umowę.

KOMU PODLEGAJĄ STUDENCI?

W 2014 r. łódzki uniwersytet ukończyło zaledwie 10 osób, a w 2022 r. już 59. W roku akademickim 2018/19 limit miejsc wyniósł 120, przez trzy kolejne lata – po 150, a w obecnym wzrósł do 200. W ubiegłym roku o jedno miejsce ubiegało się 3,4 kandydata. Jak mówi Joanna Orłowska, dyrektor Biura Rektora UM w Łodzi, mundurowi kształceni w ramach limitu MON podlegają służbowo AWL, ale to uniwersytet odpowiada za kształcenie medyczne, które przygotowuje ich do zawodu lekarza tak jak studentów cywilnych. Kandydaci na żołnierzy zawodowych są skoszarowani w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego (WCKM) w Łodzi. – Przed rozpoczęciem zasadniczego kształcenia oficerskiego podchorążych studiów medycznych odbywa 6-tygodniowe szkolenie podstawowe w AWL we Wrocławiu zakończone uroczystą przysięgą wojskową. Następnie rozpoczyna studia medyczne w kolegium w Łodzi – dodaje Joanna Orłowska.

MEDYCYNĄ TAKTYCZNĄ

Obok zajęć typowych dla kierunku lekarskiego mundurowi zdobywają wiedzę i umiejętności w ramach programu zgodnego ze standardami NATO, a zajęcia



ZAROBKI

Uposażenie żołnierza lekarza, tak jak każdego żołnierza Sił Zbrojnych RP, jest uzależnione od stopnia wojskowego, wysługi, a także dodatków związanych z zajmowanym stanowiskiem, specjalnością lub służbą w konkretnej jednostce wojskowej. Dodatki za kwalifikacje mogą przekroczyć nawet 5 tys. zł. Niedawno w WP wprowadzono kolejne świadczenia motywacyjne, które mają zachęcić do pozostania w służbie długoletnich żołnierzy. Wojskowe instytuty, szpitale i przychodnie są finansowane w ramach umów zawartych z NFZ na takich zasadach jak samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

W Siłach Zbrojnych służą tylko 23 lekarzy dentystów

prowadzą pracownicy, instruktorzy i lekarze wojskowi z WCKM i AWL. Uniwersytet organizuje dla nich dodatkowe zajęcia z medycyny taktycznej, prowadzone najczęściej przez byłych lekarzy wojskowych, absolwentów nieistniejącej już Wojskowej Akademii Medycznej (WAM) w Łodzi, a także żołnierzy czynnej służby wojskowej i rezerwy WP z doświadczeniem na misjach oraz w operacjach wojskowych i humanitarnych. Jak mówi mjr Agnieszka Kazimierska, rzecznik prasowa AWL, po I roku przyszli lekarze wojskowi odbywają kurs TCCC (ang. Tactical Combat Casualty Care), czyli pomocy taktycznej na polu walki, a po II roku - kurs KPP (tzn. kwalifikowanej pierwszej pomocy). W kolejnych latach muszą zaliczyć m.in. kurs CLS (ang. Combat Life Saver), który

pozwala uzyskać kompetencje ratownika pola walki, oraz kursy I i II poziomu ewakuacji medycznej.

NA POLIGONIE WOJSKOWYM

Po V roku obowiązkowe jest szkolenie „Military Doctor”. - W warunkach poligonowych ćwiczy się procedury udzielania pierwszej pomocy na polu walki, ewakuację medyczną drogą powietrzną i lądową z użyciem wojskowych pojazdów sanitarnych oraz procedury podczas przedłużonej opieki medycznej nad rannym żołnierzem w warunkach polowych - wymienia rzecznik prasowa Akademii. Studenci uczą się przeprowadzania dekontaminacji osób i sprzętu, działania w warunkach skażonych oraz koordynacji procesu ewakuacji poszkodowanych

z pola walki. Na VI roku organizowane są repetytoria przygotowujące do Lekarskiego Egzaminu Końcowego. Po każdym roku studenci odbywają miesięczne praktyki w szpitalach lub przychodniach, niekoniecznie wojskowych. Jak mówi kpt. Borowska, praktyki dla przyszłych oficerów korpusu osobowego medycznego wynikają z obowiązujących programów i planów studiów: - Po szkoleniu wojskowym i wojskowo-medycznym absolwent jest wyposażony w wiedzę i umiejętności odpowiadające potrzebom wojskowej służby zdrowia zarówno w czasie pokoju, jak i wojny. Nabywa też wiedzę niezbędną lekarzowi, który ma pełnić zawodową służbę w różnych rodzajach Sił Zbrojnych RP w kraju, a także w Polskich Kontyngentach Wojskowych.

CO PO STUDIACH?

Po ukończeniu studiów medycznych i promocji na pierwszy stopień oficerski absolwent odbywa rok stażu w wybranych szpitalach wojskowych i wybiera specjalizację spośród listy miejsc specjalizacyjnych w ramach limitu MON. Absolwenci KWL mają zapewniony etat w armii na stanowiskach w jednostkach wojskowych i instytucjach wojskowej służby zdrowia w całym kraju.

WYBÓR SPECJALIZACJI

Funkcjonujący na potrzeby sił zbrojnych podział na specjalizacje lekarskie nie jest tak rozbudowany jak cywilny. Lekarzy żołnierzy zachęca się do wyboru najbardziej pożądanych na polu walki: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i ortopedycznej, anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz chorób wewnętrznych. W MON kwalifikacje do odbywania szkolenia specjalizacyjnego prowadzi Departament Wojskowej Służby Zdrowia (DWSZ). Wnioski mogą składać lekarze będący żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, pełniący służbę w podmiotach leczniczych MON i zatrudnieni w ramach umowy o pracę w placówkach resortu lub podległej mu jednostce. Poza MON wniosek może złożyć lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej lub pełniący służbę w podmiotach leczniczych resortu po uzyskaniu zgody dyrektora DWSZ.

LEKARZ ŻOŁNIERZ MA BYĆ WSZECHESTRONNY

- Wojna w Ukrainie powoduje, że musimy zbroić się jeszcze szybciej. W tym roku przeznaczymy 4 proc. PKB na wojsko, być może będzie to najwyższy procent wśród wszystkich państw NATO - zapowiedział kilka tygodni temu premier Mateusz Morawiecki. Pod koniec 2022 r. w polskiej armii służyło 164 tys. żołnierzy. Jak mówi minister obrony narodowej Mariusz Błaszczak, dalekosiężnym celem jest wzrost ich liczby do co najmniej 300 tys., by Polska dysponowała 250 tys. żołnierzy zawodowych i 50 tys. żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej.

Obecnie w Siłach Zbrojnych RP służy 748 lekarzy (w tym 23 lekarzy dentyków) na stanowiskach wojskowych i 5011 lekarzy cywilnych pozostających w różnych formach zatrudnienia.

Studenci mundurowi podlegają służbowo Akademii Wojsk Lądowych

„Lekarze wojskowi stanowią integralną część publicznej służby zdrowia, co oznacza, że siły zbrojne nie posiadają 'dodatkowych' lekarzy” - informuje Wydział Prasowy Centrum Operacyjnego MON. Dla porównania, w policji jest zaledwie 7 etatowych stanowisk lekarzy, na których zatrudnionych jest 7 policjantów, a stomatologów nie ma w ogóle (takie dane przekazuje rzecznik prasowy Komendanta Głównego Policji). Na pytanie, czy WP zmagają się z brakiem lekarzy i lekarzy dentyków, a jeśli tak, które specjalności są najbardziej poszukiwane, w których są

REKLAMA



największe niedobory i ile jest „wakatów lekarskich”, MON nie udzielił odpowiedzi.

MOTYWACJE BARDZO RÓŻNE

- Jeśli ktoś chce się szybko rozwijać, a jednocześnie poznać szerokie spektrum zagadnień związanych z medycyną i bezpieczeństwem, to wojsko jest dla niego doskonałym miejscem - mówi gen. broni, prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego (WIM), pierwszy trzygwiazdkowy generał lekarz w historii WP. Dodaje, że od lekarza wojskowego oczekuje się przede wszystkim wszechstronności, tak by w trudnych warunkach i przy ograniczonych zasobach zapewnił maksymalnie wysoką jakość opieki. - Stwierdzenie, że zdrowie nie jest kosztem, lecz inwestycją, w wojsku sprawdza się najlepiej. Ważna jest odporność na różne trudy związane ze służbą, a także otwartość na zmiany i umiejętność pracy w zespole. Wojsko to gra zespołowa, tu nikt nie działa na siebie, bo cele zawsze są większe - dodaje. Na to, że w wojsku nie ma zapotrzebowania na lekarzy dentyстів,

zwraca uwagę ppłk rez. lek. dent. Jacek Woszczyk, wiceprezes Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej. - Z powodów czysto materialnych, a także zawodowych nie opłaca się być lekarzem dentystą w wojsku, ale motywacje do służenia w armii są bardzo różne. Obecnie przyjęto następujący model opieki stomatologicznej: żołnierze korzystają z podmiotów świadczących usługi w ramach umów zawartych z NFZ, leczą się prywatnie lub korzystają z gabinetów, z którymi umowy podpisali ich przełożeni.

POWSTANĄ WOJSKA MEDYCZNE

Zgodnie z konstytucją najwyższym zwierzchnikiem sił zbrojnych jest prezydent RP, który w czasie pokoju sprawuje nad nimi zwierzchnictwo za pośrednictwem szefa MON. Pod koniec stycznia prezydent Andrzej Duda podczas uroczystości 20-lecia utworzenia WIM poinformował, że resort obrony narodowej przy wsparciu Biura Bezpieczeństwa Narodowego (BBN) i z udziałem Instytutu pracuje nad stworzeniem wojsk medycznych. Celem jest uzyskanie szybkiej odpowiedzi

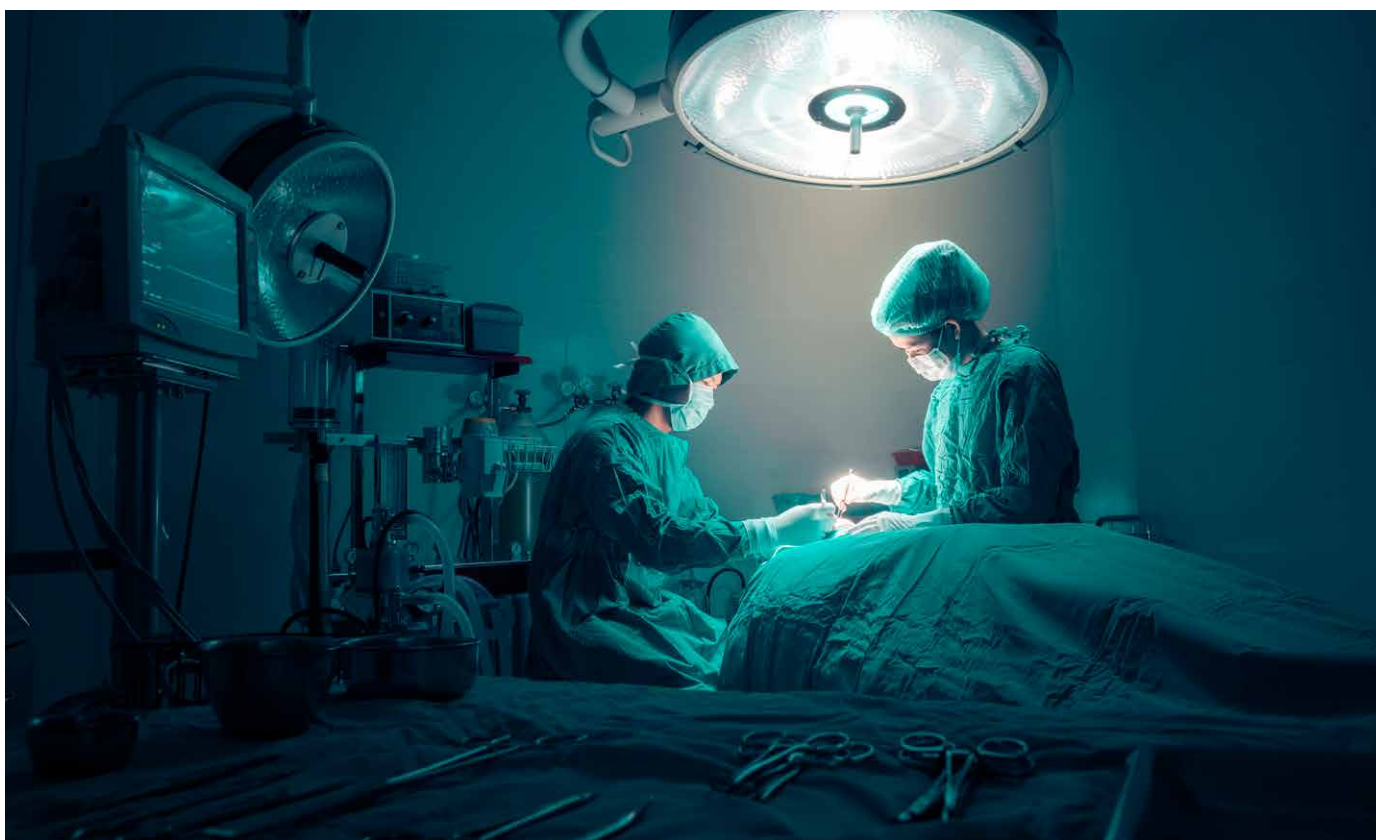
ze strony systemu ochrony zdrowia na zagrożenia związane z konfliktem zbrojnym. - Zadaniem Komponentu Wojsk Medycznych jest centralizacja zdolności rozproszonych w Siłach Zbrojnych RP, do czego doszło w rezultacie reformy systemu kierowania i dowodzenia przeprowadzonej w 2013 r. - mówi gen. prof. Grzegorz Gielera. Jak dodaje, potrzeba zmian wiąże się m.in. z zagrożeniami międzynarodowymi i ograniczoną dostępnością najcenniejszego zasobu, jakim są kadry medyczne, a także z zamiarem wprowadzenia do standardu działalności wojskowej służby zdrowia nowego rodzaju zadań. - Medycyna wojskowa to już nie tylko pomoc na polu walki - podkreśla. Chodzi o stworzenie nowego systemu kwalifikacji, przygotowania, ochrony i obrony życia oraz zdrowia żołnierza. W wojskach medycznych znajdzie się cały personel medyczny, tj. lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i ratownicy medyczni. - Komponent Wojsk Medycznych stanie się rodzajem wojsk, co oznacza, że będzie dysponował m.in. własnym zasobem kadrowym - zapowiada generał.

LEGISLACJA

Jakość na cenzurowanym

Niekonstytucyjna, niechlujna, niepoprawialna – tak ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oceniła senacka Komisja Zdrowia. Czy Sejm obali weto Senatu? Decyzja, najprawdopodobniej, zapadnie jeszcze w kwietniu.

Małgorzata Solecka dziennikarka



Posłowie uchwalili, choć się nie cieszyli – tak najkrócej można podsumować decyzję, jaką w sprawie ustawy o jakości podjął w marcu Sejm. Losy ustawy ważyły się dosłownie do ostatniej chwili, bo wielu posłów Prawa i Sprawiedliwości zwyczajnie obawia się negatywnego odbioru ustawy w społecznościach lokalnych. Jej przepisy, zwłaszcza dotyczące akredytacji szpitali oraz uzależniające otrzymanie kontraktu od spełnienia wymogów „jakościowych”, mogą bardzo szybko uderzyć w szpitale

powiatowe. A te borykają się w tej chwili z ogromnymi problemami finansowymi i są dalekie od osiągnięcia stabilizacji, nawet bez wprowadzania dodatkowych wyzwań. Dlatego jeszcze na dwa, trzy dni przed posiedzeniem Sejmu wydawało się, że ustawa, którą minister zdrowia Adam Niedzielski nazywa „dopełnieniem i domknięciem wszystkich zmian w ochronie zdrowia” ma duże szanse trafić do sejmowej zamrażarki. Tak się jednak nie stało. Zdecydował o tym prawdopodobnie spłot dwóch, może nawet trzech, okoliczności.

PRZEWAGĄ KILKU GŁOSÓW

Po pierwsze, w tle są pieniądze. Konkretnie 50 mln zł, które fundusz zapasowy Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) będzie mógł przekazać, na podstawie poprawki do poprawki, na półkolonie (początkowo miało to być 20 mln zł, a na posiedzeniu Komisji Zdrowia podwyższono limit do 50 mln zł). Wszystko w ramach, jak tłumaczyli przedstawiciele rządu i posłowie PiS, edukacji zdrowotnej i profilaktyki, bo pieniądze zostaną wydane na porady dietetyków, psychologów i fizjoterapeutów. Opozycja i eksperci nie mają

wątpliwości: to raczej zasilenie funduszu wyborczego PiS. Pieniądze – w postaci kartonowych czeków zapewne – „swoim” samorządom będą zawozić ubiegający się o reelekcję posłowie.

Wydaje się jednak, że same pieniądze posłów by nie przekonały. Niewykluczone, że minister zgodził się „w pakiecie” odpuścić projekt ustawy o modernizacji szpitalnictwa, jeszcze mniej popularny w szeregach partii Jarosława Kaczyńskiego, w zamian uzyskując zielone światło dla „jakości”. Jednocześnie jest to wyraźny sygnał, że PiS da mu miejsce na listach wyborczych (być może w Pile, choć wydaje się, że wyborcze puzzle jeszcze nie zostały do końca dopasowane). 10 marca ustawa została więc uchwalona, ale przewagą zaledwie kilku głosów przy niemal stuprocentowej frekwencji klubu PiS (choć troje posłów, w tym była wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, wieloletnia dyrektor szpitala powiatowego, wstrzymało się od głosu) i dającej się zauważyć większej nieobecności w ławach opozycji. Matematyczne szanse na utrzymanie senackiego weta są.

BEZ LITOŚCI DLA USTAWY

Weto jest niemal pewne. Senaccy legislatorzy podczas posiedzenia Komisji Zdrowia (17 marca) nie mieli litości dla ustawy – podobno – miesiącami cyzelowanej w rządowych gabinetach. Ustawa została, od strony prawnej, ale i merytorycznej, dosłownie zmiażdżona, bynajmniej nie przez senatorów opozycji. Uwagi tych ostatnich, jakkolwiek ważne, można wręcz uznać za drugorzędne.

– Wbrew założeniom przedstawionym w uzasadnieniu projektu opiniowanej ustawy, jej wejście w życie nie zmieni stanu prawnego, w którym „zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej są regulowane w wielu aktach prawnych o różnicowanej randze” – zwrócili uwagę prawnicy izby wyższej. Co więcej, proces wchodzenia w życie poszczególnych przepisów jest rozłożony w praktyce na trzy lata, więc cel, jakim ma być „systemowe podejście do zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej”, wydaje się co najmniej odległy, jeśli nie nieosiągalny.

Ale są i bardziej szczegółowe zarzuty o niekonstytucyjność. Na przykład pozbawienie świadczeń kompensacyjnych pacjentów, którzy ponieśli szkodę korzystając z leczenia niefinansowanego ze środków publicznych lub korzystali co prawda ze świadczeń zdrowotnych

finansowanych ze środków publicznych, ale w podmiocie nie mającym statusu szpitala. Ten zarzut nabiera znaczenia zwłaszcza wtedy, gdy się pamięta, że szpitale staną (w zasadzie już stają) przed perspektywą przesuwania dużej części procedur leczniczych (nie tylko diagnostycznych, ale również zabiegowych) do części ambulatoryjnej.

POTRZEBNA, ALE Z TĄ ILOŚCIĄ BŁĘDÓW

Niezgodne z konstytucją (naruszające zasadę zaufania obywatela do państwa), jest też „przecięcie” wraz z wejściem ustawy w życie biegu spraw przed komisjami wojewódzkimi. Senaccy legislatorzy zaznaczają, że te, które trwają, nie powinny być wygaszane, ale ich finalizacja powinna się dokonać na podstawie np. przepisów odrębnych.

Beata Małecka-Libera, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia wielokrotnie podkreślała, że ustawa o jakości w opiece zdrowotnej jest potrzebna – systemowi, pracownikom i przede wszystkim pacjentom. Jednak, jak mówiła, nie w takim kształcie, i nie z taką liczbą błędów, jakie niesie ze sobą ta uchwalona w marcu przez Sejm. W podobnym duchu wypowiedziała się Dorota Korycińska, przewodnicząca Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, podkreślając, że realnie elementów regulujących jakość w tej ustawie niemal nie ma, natomiast największy nacisk położony został na system kompensacji szkód, jakie ponoszą pacjenci m.in. dlatego że jakości w systemie opieki zdrowotnej jest niewiele. Dorota Korycińska zwracała również uwagę, że zapewnienia Ministerstwa Zdrowia – również formułowane na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia – jakoby organizacje pacjentów jednoznacznie udzieliły poparcia ustawie, są dalekie od stanu faktycznego. Po pierwsze dlatego, że bardzo duża część uwag – również zgłoszonych przez Radę Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia – nie została w ogóle wzięta pod uwagę. Po drugie, w procesie konsultacji organizacje pacjentów opiniowały projekt zasadniczo różniący się od tego, który ostatecznie trafił do Sejmu.

RATOWANIE ŻYCIA TO NIE PRZESTĘPSTWO

Ten sam wątek akcentował prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski. W swoim wystąpieniu zwrócił uwagę przede wszystkim na kwestię odpowiedzialności za tzw. błędy lekarskie, system zgłaszania niepożądanych zdarzeń medycznych i odpowiedzialności karnej pracowników medycznych za szkody, jakich dozna pacjent w procesie leczenia. Prezes Jankowski podkreślał, że bezpośrednim skutkiem braku gwarancji bezpieczeństwa dla medyków będzie unikanie – co zresztą obserwujemy już w tej chwili – specjalizacji zabiegowych, obarczonych większym ryzykiem błędu. Mocnym punktem wystąpienia prezesa NRL była emisja spotu „Ratowanie życia to nie przestępstwo”. Jak mocnym, pokazała reakcja wiceministra Waldemara Kraski, który ocenił, że spot został „bardzo profesjonalnie, prawdopodobnie za duże pieniądze” przygotowany, ale jest bardzo szkodliwy, bo może wywoływać niepokój u pacjentów.

Co, konkretnie, miałyby zaniepokoić pacjentów – i czy być może nie powinni jednak oni rzeczywiście czuć się zaniepokojeni? W filmie Łukasza Palkowskiego, kolejnym już zrealizowanym we

**Żaden lekarz
nie powinien
myśleć
o prokuratorze,
gdy musi
podejmować
decyzje dotyczące
zdrowia i życia
pacjenta**

współpracy z lekarskim samorządem (pierwszy „Jestem lekarzem, jestem człowiekiem”, powstał we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską Warszawie, najnowszy Palkowski kręci na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej), widz może dotknąć nie tylko dylematów, z jakimi na co dzień mierzą się lekarze, ale – przede wszystkim – ich skutków dla potrzebującego pomocy pacjenta. Dwoje lekarzy – w tych rolach aktorzy,

którzy w zbiorowej wyobraźni Polaków zrosili się z rolami medyków, czyli Tomasz Kot, odtwórca głównej roli w filmie „Bogowie” i Katarzyna Dąbrowska, znana z kultowej telenoweli o szpitalu w Leśnej Górze – musi podjąć decyzję dotyczącą obciążonej dużym ryzykiem niepowodzenia operacji nieprzytomnego, 64-letniego pacjenta. Bardziej doświadczony lekarz nie ma wątpliwości – bez operacji pacjent umrze niemal na pewno. Wątpliwości nie ma też jego młodsza koleżanka – jeśli operacja się nie powiedzie, rodzina i prokurator będą widzieć tylko jej rezultat,



czyli zgon pacjenta, a nie stopień ryzyka zabiegu. Lekarka dorzuca, że ma dwoje dzieci i nie będzie ryzykować. Nie tylko życiem pacjenta, ale - domyślnie - swoim i swojej rodziny przede wszystkim.

Już podczas prezentacji spotu w Naczelnej Izbie Lekarskiej (NIL) prezes Łukasz Jankowski podkreślał, że żaden lekarz nie powinien mieć takich myśli z tyłu głowy, gdy musi podejmować decyzje dotyczące zdrowia i życia pacjenta. Ale, niestety, lekarze coraz częściej muszą tak myśleć. I nawet jeśli wiceminister Kraska zapewnia, że ustawa o jakości nie zaostreza odpowiedzialności karnej lekarzy (to prawda, ale prawdą jest też to, że zmianie musiałyby ulec przepisy kodeksu karnego), to bez wątpienia sytuację pogarsza. W przypadku stwierdzenia odpowiedzialności za błąd medyczny nawet wobec osoby, która złoży w sposób przewidziany w ustawie zawiadomienie, sąd będzie mógł orzec nadzwyczajne złagodzenie kary tylko wtedy, gdy wyrazi na to zgodę prokurator.

FEMINIZACJA I SPECJALIZACJE

Na film „Ratowanie życia to nie przestępstwo” i obserwacje, jakimi dzieli się samorząd lekarski, potwierdzone zresztą statystykami dotyczącymi mniejszego zainteresowania specjalizacjami zabiegowymi, warto spojrzeć z jeszcze jednej perspektywy, demografii zawodu lekarza. Postępująca feminizacja wzmacnia

- niezależnie od wysokiego stopnia zagrożenia komplikacjami prawnymi - trend do wybierania specjalizacji niezabiegowych. Choć akurat Katarzyna Dąbrowska w serialu wcielała się w obiecującą, a potem robiącą karierę, chirurgkę (która, nota bene, w Leśnej Górze podejmowała się szalonych z punktu widzenia medycznego, wyzwań) - wyjątek jedynie potwierdza regułę. Wydaje się, że obserwując stopniowy, ale stały, wzrost odsetka kobiet, wybierających studia na kierunku lekarskim i stających przed wyborem specjalizacji, decydenci powinni robić wszystko, by budować - nie w odległej perspektywie, którą roztaczał w Senacie Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec, ale „tu i teraz” - kulturę bezpieczeństwa i pacjenta, i pracownika. Nie tylko podejmowanie decyzji o wektorze przeciwnym, ale nawet odkładanie - na lata - perspektywy bezpiecznego wykonywania zawodu lekarza jest błędem, który - wracając do wypowiedzi Waldemara Kraski - w najwyższym stopniu nie tylko może, ale powinien niepokoić pacjentów czy też obywateli.

BEZ PODZIAŁU NA DOBRYCH I ZŁYCH

O tym, że obawy prezesa Łukasza Jankowskiego i samorządu lekarskiego w odniesieniu do unikania ryzykownych specjalizacji są w pełni zasadne, mówiła również Halina Kutaj-Wąsikowska, była dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie

Postępująca feminizacja zawodu lekarza wzmacnia trend do wybierania specjalizacji niezabiegowych

Zdrowia. Stwierdziła, że jeśli ustawa wejdzie w życie w takim kształcie, w jakim uchwalił ją Sejm, będziemy wręcz mieli do czynienia z medycyną defensywną. Halina Kutaj-Wąsikowska przypominała, że część zdarzeń niepożądanych jest nie do uniknięcia, a personel medyczny realizujący procedury powinien się czuć bezpieczny.

- W innym przypadku, tak jak wskazał prezes Łukasz Jankowski, system będzie promował złych lekarzy, którzy będą zgłaszać proste i błahе zdarzenia niepożądane - oceniła. - Część zdarzeń niepożądanych będzie natomiast zamiatana pod dywan - mówiła. Określenie „zli lekarze” zostało oprotestowane przez wiceministra Waldemara Kraskę, który w emocjach stwierdził wręcz, że on jako lekarz co miesiąc płacący składki nie życzy sobie, by „przewodniczący samorządu” dokonywał podziałów lekarzy na „dobrych” i „złych”.

NIC INNEGO, JAK BUBEL

Odrębnym wątkiem dyskusji była likwidacja Centrum Monitorowania Jakości i wcielenie tej instytucji do NFZ. Senatorem jednoznacznie ocenili, że to kolejny przejaw centralizacji systemu, która i tak poszła już o wiele za daleko. O tym, że poważne wątpliwości miały choćby organizacje pacjentów, mówiła Dorota Korycińska (decyzja była też oprotestowywana przez praktycznie wszystkich ekspertów zajmujących się zarządzaniem w ochronie zdrowia).

- Zamiast poszerzać eksperckość doświadczonej jednostki, wszystko przerzucą się do NFZ, który ma inne zadania. Czy jest sens wprowadzanie regulacji, która prowadzi do destrukcji wypracowanego od 25 lat doświadczenia CMJ? - pytał prof. Rafał Niżankowski, były przewodniczący Rady Przejrzystości AOTMiT, odwołany z tej funkcji na początku roku przez ministra Adama Niedzielskiego. Ekspert ocenił, że cała ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest po prostu buble. ■■■

ZNACZENIE WITAMIN Z GRUPY B

dla prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego

NIEDOBORY WITAMIN Z GRUPY B W POPULACJI POLSKIEJ I ICH OBJAWY

Witaminy B1, B6 i B12 to witaminy neurotropowe, kluczowe dla prawidłowego funkcjonowania neuronów. Ich niedobory mogą powodować mieszaną polineuropatię czuciowo-ruchową [1]. Badanie przeprowadzone w latach 2003-2005 na reprezentatywnej próbie całej populacji Polski w wieku 20-74 lata wykazało, że niedobór witaminy B6 dotyczył 26 proc. osób, a 42 proc. miało niedobór witaminy B12 [2].

GRUPY RYZYKA NIEDOBORÓW WITAMIN Z GRUPY B

Istnieje wiele grup pacjentów, u których występuje zwiększone ryzyko wystąpienia niedoborów witamin z grupy B i związanych z tym objawów neurologicznych. Są to m.in. osoby w podeszłym wieku, diabeetycy, pacjenci z chorobami układu pokarmowego - np. z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, po przebytych zabiegach chirurgicznych w obrębie przewodu pokarmowego (np. zabiegu bariatrycznym), z zapaleniem błony śluzowej żołądka, celiakią, uporczywymi wymiotami i długotrwałą biegunką.

U pacjentów z cukrzycą niedobory witaminy B1 stwierdza się u nawet 98 proc. chorych, B6 u 63 proc., a B12 u około 9 proc. [3]. Ponad 50 proc. pacjentów z cukrzycą wykazuje objawy obwodowej neuropatii cukrzycowej [4]. Wprowadzenie opieki

koordynowanej umożliwia podniesienie standardu opieki nad pacjentem z cukrzycą, a badanie monofilamentem w kierunku polineuropatii jest jednym z badań, które powinien wykonać lekarz POZ [5]. Neuropatie obwodowe są powszechne także wśród starszej populacji. W grupie wiekowej 40-49 lat ich szacowana częstość wynosi około 8 proc., wzrastając do 35 proc. u pacjentów w wieku powyżej 80 lat [6].

ROLA WITAMIN Z GRUPY B W PRAWIDŁOWYM FUNKCJONOWANIU UKŁADU NERWOWEGO I ICH ZNACZENIE KLINICZNE

Witaminy B1, B6 i B12 pełnią funkcję koenzymów. Odgrywają zasadniczą rolę w metabolizmie, regeneracji i zachowywaniu prawidłowego stanu nerwów w wyniku działania neurotroficznego i neuroprotektynowego [7].

WITAMINA B1 (TIAMINA)

Aktywną postacią witaminy B1 jest pirofosforan tiaminy (*thiamine pyrophosphate*, TPP), który odgrywa rolę koenzymu szeregu enzymów, m.in. dehydrogenazy pirogronianowej i transketolazy. Bierze udział głównie w metabolizmie węglowodanów, ma zatem kluczowe znaczenie w dostarczaniu energii do komórek nerwowych. Bierze również udział w przewodzeniu impulsów nerwowych, a wyniki doświadczeń wskazują na jego działanie antynociceptywne [7].

WITAMINA B6 (PIRYDOKSYNA)

Biologicznie czynna postać pirydoksyny - fosforan pirydoksalu - jest koenzymem uczestniczącym w metabolizmie aminokwasów. Bierze udział w wytwarzaniu m.in. serotoniny, histaminy, adrenaliny. Pełni zasadniczą rolę w układzie nerwowym, zwłaszcza w metabolizmie neuroprzekazników i sfingolipidów, które stanowią niezbędne składniki osłonek mielinowych komórek nerwowych [7].

WITAMINA B12 (KOBALAMINA)

Witamina B12 w postaciach pełniących rolę koenzymów (5-deoksyadenozylkobalamina i metylokobalamina) bierze udział w metabolizmie kwasów nukleinowych i syntezie DNA, szczególnie w procesach hematopoezy, syntezy mieliny i utrzymaniu osłonek mielinowych oraz syntezy tkanki nabłonkowej. Jest również zaangażowana w syntezę neuroprzekazników [7].

LECZENIE NIEDOBORÓW WITAMIN Z GRUPY B

Witaminy neurotropowe B1, B6 i B12 w wyniku synergii biochemicznej mają szczególne znaczenie dla metabolizmu układu nerwowego, co uzasadnia stosowanie ich w skojarzeniu. Wszystkie są związkami niezbędnymi i przyczyniają się poprzez różne mechanizmy działania do zachowania prawidłowego stanu nerwów. Co więcej, połączenie witamin B1, B6 i B12 w skojarzeniu z niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi wywiera efekt synergistyczny w leczeniu bólu [7].

Piśmiennictwo:

- Baltrusch S., The Role of Neurotropic B Vitamins in Nerve Regeneration, BioMed Research International Volume 2021, Article ID 9968228, 9 pages
- Waśkiewicz A et al., Dietary intake of vitamins B6, B12 and folate in relation to homocysteine serum concentration in the adult Polish population - WOBASZ Project, Kardiologia Polska 2010; 68: 275-282
- Nix W.A. et al, Vitamin B status in patients with type 2 diabetes mellitus with and without incipient nephropathy. DIAB-6213; No. of Pages 9
- Kumar S. et al, Need For Early Diabetic Peripheral Neuropathy Screening among Public Transport Professionals - A Case Report, Laser Therapy 25.2: 141-144, 2016
- Mastalerz-Migas A., Standard postępowania w cukrzycy w POZ z uwzględnieniem opieki koordynowanej, LEKARZ POZ 6/2022
- Head K. A., peripheral Neuropathy: Pathogenic Mechanisms and Alternative Therapies Alternative Medicine Review u Volume 11, Number 4 u 2006
- Charakterystyka Produktu Leczniczego Neurobion Advance z dnia 14.01.2022 r.

Zrozumieć autystę

W Polsce jest co najmniej 400 tysięcy dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. System ochrony zdrowia wciąż nie odpowiada ich potrzebom.

Redakcja

2 kwietnia już po raz 16. na całym świecie obchodzony będzie Światowy Dzień Świadomości Autyzmu, którego głównym przesłaniem jest podnoszenie wiedzy społeczeństwa o problemach osób zmagających się z tym zaburzeniem. Z tej okazji wiele budynków użyteczności publicznej zaświeci się na niebiesko, kolor, który symbolizuje solidarność z autystami, a właściwie osobami w spektrum autyzmu.

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO), zaburzenia ze spektrum autyzmu występują u więcej niż 1 na 100 osób. Statystyki mówią, że w Polsce jest około 400 tys. dzieci w spektrum autyzmu. W 2021 r. osób w wieku do 17 lat z rozpoznaniem autyzmu i zespołu Aspergera było w naszym kraju blisko 74 tys., w 2020 r. prawie 62,5 tys., a w 2019 r. blisko 57 tys. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2021 r. odnotowano 26-procentowy wzrost liczby osób zdiagnozowanych w spektrum autyzmu, natomiast w samym pierwszym kwartale 2022 r. wykonano już 67 proc. diagnoz w stosunku do całego 2021 roku, co wynika głównie z postępów, jeśli chodzi o obszar diagnostyki.

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 autyzm ujęty był w kategorii całościowych zaburzeń rozwojowych o symbolu F84, czyli, zgodnie z definicją, grupy zaburzeń charakteryzujących się jakościowymi odchyleniami od normy w zakresie



interakcji społecznych i wzorców komunikacji oraz ograniczonym i stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Te jakościowe nieprawidłowości stanowią podstawową cechę funkcjonowania jednostki we wszystkich sytuacjach. W ramach F.84 wyróżniano F.84.0 - autyzm dziecięcy, F.84.1 - autyzm atypowy, F.84.2 - zespół Retta, F.84.3 - inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, F.84.4 - zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi, F.84.5 - zespół Aspergera, F.84.8 - inne całościowe zaburzenia rozwojowe oraz F.84.9 - całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone.

Klasyfikacja ICD-11, która na świecie obowiązuje od stycznia 2022 r., a w Polsce zacznie obowiązywać w ciągu czterech lat, nie różnicuje zaburzeń neurorozwojowych na zespół Aspergera, zespół Retta, autyzm dziecięcy czy autyzm atypowy. W zamian uwzględnia nową kategorię pod nazwą „zaburzeń ze spektrum autyzmu”. Diagnoza pacjenta w spektrum będzie uszczegółowiona o to, na jakim poziomie rozwoju intelektualnego i językowego się znajduje. Nowa edycja klasyfikacji uwzględnia nowe nazwy na różne odmiany zaburzeń neurorozwojowych, określanych także całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. Są to: zaburzenia rozwoju intelektualnego, rozwojowe zaburzenia mowy lub języka, rozwojowe zaburzenia uczenia się, rozwojowe zaburzenia koordynacji ruchowej, zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością (w tym ADHD u dzieci i dorosłych) oraz stereotypie ruchowe.

Choć zaburzenia ze spektrum zostały opisane dość dokładnie, a Polska może się pochwalić dość skutecznym systemem diagnozowania, wspomagania rozwoju i kształcenia specjalnego, wiedza na temat spektrum wśród lekarzy innych specjalizacji niż psychiatria czy psychiatria dziecięca jest wciąż znikoma, co utrudnia zarówno odpowiednią diagnozę, jak i leczenie. Choć Sekcja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego regularnie organizuje szkolenia na temat wczesnej diagnostyki autyzmu dla pediatrów czy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wiele dzieci wciąż diagnozowanych jest zbyt późno.

Rodzice małych pacjentów skarżą się również na niezrozumienie nawet w przypadku rozpoznania postawionego przez psychiatrę dzieci i młodzieży. Ponieważ szczególnie w przypadku postaci wysoko funkcjonującej spektrum jest niewidoczne na pierwszy rzut oka, wielu z nich słyszy, że „diagnoza została postawiona na wyrost” czy że „to nie autyzm”. Takie podejście jest niebezpieczne nie tylko dla samych pacjentów, których rodzice mogą zlekceważyć diagnozę i nie rozpocząć terapii, ale również dla samych lekarzy. Jak podkreślają eksperci, zaburzenia neurorozwojowe mogą wiązać się z szeregiem zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu. Dlatego taka diagnoza powinna szczególnie uczulać lekarzy na możliwość występowania problemów na przykład w funkcjonowaniu układu pokarmowego czy mięśniowego.

ROZMOWA

Byłam podwójnie bezsilna: JAKO MATKA I LEKARKA

Warto rozważyć kampanię dla lekarzy, jak postępować z pacjentem z niepełnosprawnością. Wiele wciąż tego nie wie – mówi **Katarzyna Czaplicka**, lekarz radiolog i matka 24-letniego Adama z niewerbalną postacią autyzmu, w rozmowie z Karoliną Kowską.

Kiedy zauważyła pani, że syn nie rozwija się prawidłowo?

Dość wcześnie, bo gdy Adam miał półtora roku. Wprawdzie było to moje pierwsze dziecko i nie miałam jeszcze rozeznania, ale jako młoda mama, w dodatku lekarka, sprawdzałam wszystkie odruchy, które powinny wystąpić według podręcznikowego rozwoju dziecka. Pod koniec pierwszego roku życia syn coraz gorzej spał i coraz bardziej krzyczał. Gdy skończył półtora roku, darł się, przeżył i był sztywny – książkowa reakcja wegetatywna. Wcześniej trochę gaworzył, głużył, a nagle przestał. Coś mi nie pasowało, ale od pediatrów słyszałam: „Matka lekarka się czepia”. Czerwone światelko zapaliło się mi, gdy w wieku dwóch lat synek zaczął walić głową w podłogę, bo nie jest to wiek, w którym się cokolwiek wymusza. Przestał też reagować na mnie, na mojego męża i na swoje imię, choć wcześniej jego reakcje były prawidłowe. Wyraźnie regresował się neurologicznie i w rozwoju poznawczym. Jadąc w wózku, zwieszał się przez barierkę i przez całą drogę oglądał kółka. Wszelkie próby zwrócenia jego uwagi typu: „Zobacz, samolot!” były daremne. Czasem miałam wrażenie, że jest głuchy, ale doskonale słyszał najcichsze nawet otwieranie łazienki, swojego ulubionego pomieszczenia.

To nadal nie przekonywało lekarzy?

Nie chcieli nawet wypisać skierowania do neurologa dziecięcego. Wciąż słyszałam, że jako matka lekarka szukam dziury w całym i próbuję wyłudzić skierowanie. Wreszcie trafiliśmy do poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie



pani psycholog obserwowała grupkę dzieci i pytała o wątpliwości rozwojowe. Była chyba niedouczone, bo jak na dłoni widać było, że Adam mocno odstaje od rówieśników. Nie wchodził z nimi w żadne interakcje, nawet żeby wyrwać zabawkę. Inne dzieci omijał jak pachołki. Pani psycholog wysłała go jednak do żłobka, a w karcie wpisała: „Matka sobie z Adamem nie radzi, bo ma drugie dziecko”. W żłobku był dwa razy, za każdym razem po cztery godziny. Uczciwie uprzedziłam wychowawczynię, że dziecko ma problemy. Za drugim razem oddano mi syna z naderwanym uchem i śladem po paznokciu osoby dorosłej na skórze. Usłyszałam, że byłam nieuczciwa i ukryłam fakt, że dziecko ma problemy i prawie go wyrzucono. Uznaliśmy z mężem, że nie ma opcji, by Adaś tam wrócił.

Jak się pani czuła w zderzeniu z systemem, który nie chciał rozpoznać problemu?

Podwójnie bezsilna. Z jednej strony jak pewnie każda matka, która widzi, że dziecko jest chore, ale nikt jej w to nie wierzy. A z drugiej – jak lekarz, który rozpoznaje typowe objawy świadczące o zaburzeniach rozwojowych i w dodatku potrafi je nazwać, a wszyscy inni twierdzą, że ich nie ma. Ale nie mogę do końca obwiniać lekarzy czy psychologów, bo w tamtym czasie wiedza na temat autyzmu w Polsce dopiero raczkowała. Jeśli medycy to pojęcie znali, to wyobrażali sobie autystę kiwającego się i machającego rękami gdzieś w kącie szpitala psychiatrycznego.

Kiedy wreszcie usłyszała pani diagnozę?

Najpierw poszłam do neurolog, która na pytanie, czy to może być autyzm, powiedziała, że nie jest pewna i trzeba wykluczyć inne przyczyny. Skierowała na badanie słuchu metodą potencjałów wywoławczych, konsultację psychologa, badania metaboliczne oraz konsultację psychiatryczną. Słuch był prawidłowy, choroby metaboliczne wykluczono, psychiatra nie miał pewności co do rozpoznania, za to trafiłam do dobrego psychologa, który nie powiedział wprawdzie, że to autyzm, ale „cechy autyzmu”. Poczułam pewien rodzaj ulgi. Wiedziałam, z czym mam do czynienia, i mogłam szukać sposobów radzenia sobie z problemem. Zaczęłam szukać i znalazłam placówki zajmujące się autyzmem – Synapsis oraz Centrum Wczesnej Interwencji dla Osób z Upośledzeniem Umysłowym na Piłickiej. Specjaliści w Synapsis nie mieli wątpliwości, że syn ma autyzm, a ci z Piłickiej, że upośledzenie umysłowe. W obu miejscach rozpoczęliśmy terapię.

Skąd czerpała pani wiedzę na temat autyzmu?

Dzięki szkoleniu w Synapsis wiedziałam, czego szukać. Zaczęłam docierać do lekarzy, którzy specjalizowali się w temacie, dużo czytałam. Gdy Adam miał trzy lata, w listopadzie wprowadziłam mu zalecaną przez Synapsis dietę bezmleczną i bezglutenową. Wyraźnie zaczął się wyciszać, a w Wigilię usiadł i zaczął bawić się zabawkami. Wówczas uświadomiłam sobie, że jego reakcje i nieprawidłowe stolce wynikały z bardzo silnego bólu brzucha. Część autystów, tych niedowrażliwych, ma tak wysoki próg bólu, że wytrzymują dolegliwości, które dla normalnego człowieka byłyby nie do zniesienia. Stan syna się poprawił, ale wielu lekarzy krytykowało tę dietę, twierdząc, że skoro nie ma celiakii, nie ma potrzeby ograniczania produktów z glutenem, i że tą dietą katują dziecko. Poprosiłam o konsultację gastroenterologa dziecięcego prof. Albrechta, który powiedział, że jeśli po takiej diecie widać poprawę, to powinien ją stosować. Dziś wpływ takiej diety jest dla wszystkich oczywisty, ale wówczas wiedza na temat żywienia osób w spektrum dopiero raczkowała.

A pozostali lekarze? Zaczęli inaczej podchodzić do Adama?

Pediatra, która miała go pod opieką, mimo diagnozy nadal twierdziła, że wymyślam, więc zmieniałam pediatrę. Wyszukiwałam lekarzy, którzy potrafią zrozumieć autyzm i wejść w dialog z rodzicem, a nie działać na zasadzie: „Głupoty gada, a ja wiem lepiej”. Adam miał 4,5 roku, gdy trafiliśmy do poradni Centrum Zdrowia Dziecka, gdzie pod opiekę wzięła nas doktor, a obecnie profesor Krystyna Szymańska, osoba niezwykle kompetentna. Postanowiła wziąć się do usystematyzowanej diagnostyki – powtórzyła wiele badań, zrobiła EEG. Pogłębiła diagnostykę o rezonans magnetyczny głowy, choć ja jako radiolog uznałam, że jeśli coś się znajdzie, to i tak nic się z tym nie zrobi, a jeśli nic nie wyjdzie, to nie znaczy, że wszystko jest w porządku, bo mogą występować zaburzenia neuroprzekaznictwa. Doktor Szymańska prosiła, by nakręcać filmy z dzieckiem i dawać je do analizy. Przez lata była dla mnie wsparciem, podpowiadała, co robić. Wiedziała też, jak postępować z pacjentem z autyzmem, że przy takim dziecku niezbędna jest izolotka, żeby nie szalało po całym oddziale.

Znalazłam też dobrą pediatrę, która potrafiła postępować z dzieckiem z trudnościami. Wiedziała, że słuchawka stetoskopu musi być ciepła, bo Adaś źle reaguje na zimno, że przed badaniem musi być spokojny, że wizyta nie może trwać za długo. Ale z innymi specjalistami nie było już tak dobrze. Kiedyś starsza neurolog, która powinna przecież wiedzieć, że autyzm wiąże się z nadwrażliwością, bez ostrzeżenia przyłożyła mu do piersi zimną słuchawkę. Adam zareagował krzykiem, a doktor zapytała, czy on zawsze jest w takich sytuacjach agresywny. Ręce mi opadły. Odpowiedziałam: „Nie, tylko jak ktoś mu przykładła zimną słuchawkę”. Zresztą, z niezrozumieniem spotykaliśmy się także ze strony psychologów czy logopedów. Pewna logopedka poradziła nam, by ćwiczyć koncentrację, a mąż zapytał grzecznie, czy ma jakieś pomysły, jak to robić w przypadku dziecka, które nie naśladuje. Podniosła głos: „Co wy sobie myślicie? Że przyjdziecie na godzinę i wszystko będzie zrobione? Wy będziecie przez 10 lat orać na ugorze i nic nie uzyskacie!”.

Czy dziś, kiedy świadomość spektrum autyzmu jest znacznie większa, takich sytuacji jest mniej?

Chciałabym powiedzieć, że tak, że już nie spotykam się z sytuacjami niezrozumienia potrzeb pacjenta z niepełnosprawnością, ale to nieprawda. Oczywiście, mam wiele wspaniałych doświadczeń, ale też wiele negatywnych. Pamiętam wizytę w poradni genetycznej, podczas której genetyk zaczęła mówić o trudnych zachowaniach syna przy Adamie, jakby go tam wcale nie było. Tymczasem to, że jest niewerbalny, nie znaczy, że nie rozumie, co się o nim mówi, i że nie jest mu przykro. Dlaczego ma ciągle słuchać o sobie, jaki jest męczący, chory? Co innego mówić, na czym polegają jego zaburzenia i dlaczego ma z tym lub tamtym problem, a co innego stać przy nim i na niego skarżyć. Zalała mnie krew! Przerwałam jej, powiedziałam, że tu jest Adam, że jesteśmy we troje i na czas takiej rozmowy tata może wyprowadzić go z gabinetu.

To była najgorsza sytuacja?

Nie. Przy tej najgorszej Adama nie było. Posłałam przedłużyć synowi zlecenie na pieluchy, ale że nie było mojej pediatry, trafiłam na inną lekarzkę, która sama cierpi na chorobę neurodegeneracyjną. W pierwszych słowach obca osoba,

nieznająca Adama, zapytała: „Czy nie myślała pani o tym, by oddać syna do ośrodka?”. Zaniemówiłam. Nic nie powiedziałam, ale gdyby powiedziała coś takiego przy Adamie, pewnie bym nie wytrzymała. Zapytałabym, czy jej rodzina nie rozważała oddania jej do ośrodka. Może by coś zrozumiała! To było kilka lat temu. Dziś staram się unikać lekarzy przypadkowych.

Jest pani mamą pacjenta z niepełnosprawnością, ale także lekarką. Czy koledzy lekarze mimo wszystko nie traktują pani lepiej niż nielekarza?

Wielu na pewno uważnie mnie słucha i wiele rzeczy tłumaczy, ale są tacy, dla których mój zawód nie ma znaczenia. Niedawno trafiłam z synem do Wojewódzkiego Centrum Stomatologicznego. Miał ropień okołozębowy, trzeba było usunąć ósemkę. Ponieważ został znieczulony, po zabiegu zapytałam chirurga, czy syn ma jakieś zęby do leczenia, a nie sposób pójść z nim do dentysty, bo bardzo się boi. Lekarz odpowiedział, że nie zajmuje się stomatologią zachowawczą, więc nie będzie nic sprawdzać. Nic nie dały moje błagania i próby interwencji innego chirurga. Uderza mnie, że niektórzy lekarze nie stosują się do wskazówek na temat postępowania z moim synem, choć przecież znam go najlepiej. Gdy poprosiłam lekarkę zakładającą gips, żeby zabezpieczyła go przed gryzieniem, powiedziała, że syn na pewno nie będzie go gryzł, bo przecież to go boli. Próbowалам jej tłumaczyć, że osoba z autyzmem ma inne odczuwanie bólu. Nie zrozumiała, ale kiedy po godzinie wróciliśmy z rozwaloną raną, już nie było dyskusji.

Pani pyta matki pacjentów z niepełnosprawnością, jak z nimi postępować?

Zawsze. Szczerze mówiąc, w moim szpitalu głównie ja badam osoby z niepełnosprawnością (OzN). Nie jest tak, że zawsze mi się udaje, ale staram się zrobić wszystko, by wykonać badanie. Ostatnio robiłam tomografię klatki chłopcu, którego przez pół roku nikt nie chciał zbadać. Ubrałam ojca w ołowiany fartuch, trzymał dziecko za rękę i badanie się udało. Warto rozważyć kampanię dla lekarzy, jak postępować z pacjentem z niepełnosprawnością, może jakieś szkolenia. Leczenie OzN kieruje się często odrębnymi zasadami, nie wspominając o szczególnych zasadach postępowania z pacjentem. ■■■



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 przyswaja się na sali wykładowej, gdzie można zadać pytania wykładowcy czy dopytać go w kulisach. 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.



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

ŚWIADCZENIA

Zdrowie uchodźców w soczewce

Pod wieloma względami uciekinierzy z Ukrainy pozostają niewidoczni dla systemu ochrony zdrowia, a system pozostaje niewidoczny dla nich.

Redakcja

Pół miliarda złotych wydała Polska na świadczenia zdrowotne dla uchodźców z Ukrainy przez 10 miesięcy 2022 r. Biorąc pod uwagę pierwotne założenia, czyli 300 mln zł miesięcznie za każdy milion uchodźców, to zaledwie kropla w morzu.

Na początku marca zapytaliśmy biuro prasowe Ministerstwa Zdrowia, jak wyglądają po roku od ataku Rosji na Ukrainę statystyki dotyczące szczepień uchodźców. Nie bez powodu – szczepienia były pierwszym świadczeniem, z którego, obok zaopatrzenia w nagłych przypadkach, uchodźcy mogli korzystać od razu po przekroczeniu granicy z Polską.

WPROWADZAJĄ W BŁĄD

Niestety, resort zdrowia nie dysponuje przetworzonymi danymi, które pozwoliłyby stwierdzić, ile osób dorosłych i dzieci korzysta ze szczepień. Ma natomiast dane dotyczące liczby szczepień – o tyle wprowadzające w błąd, że zwłaszcza w przypadku dzieci liczba wykonanych szczepień jest z niemal stuprocentową pewnością kilka razy większa niż liczba dzieci poddanych szczepieniom. I tak od 24 lutego 2022 r. do początku marca 2023 r.:

- liczba szczepień w ramach PSO osób niepełnoletnich wyniosła 21 338;
- liczba szczepień przeciw COVID-19 osób niepełnoletnich: 10 038;
- liczba szczepień przeciw grypie osób niepełnoletnich: 1121;
- liczba szczepień przeciw COVID-19 i przeciw grypie osób pełnoletnich: 11 159.

W Polsce przebywa stale, a z pewnością powyżej trzech miesięcy, kilkaset tysięcy

niepełnoletnich uchodźców – ostrożne dane mówią o ponad 600 tys. O ich statusie zaszczepienia nie wiemy praktycznie nic. Dodatkowo w 2022 r. w polskich szpitalach na świat przyszło ponad 4 tys. dzieci matek uchodźczyń. Dzieci te powinny realizować cały program szczepień tak jak dzieci polskie. Nieco ponad 21 tys. wykonanych szczepień należy więc uznać za wynik nie tyle niesatysfakcjonujący, ile wręcz alarmujący, na co wielokrotnie zwracali uwagę eksperci. Szczepienia uchodźców w Polsce z punktu widzenia zdrowia publicznego oceniają oni wręcz w kategoriach klęski.

PAPIEREK LAKMUSOWY

Sądząc po danych, jakie w ramach podsumowań pierwszej rocznicy ataku Rosji na Ukrainę przedstawiał Narodowy Fundusz Zdrowia i minister zdrowia, to jedynie papiererek lakmusowy tego, w jakim stopniu zrealizowana została szumna zapowiedź, że uchodźcy ukraińscy będą mogli korzystać z systemu ochrony zdrowia na takich samych zasadach jak polscy obywatele. Złośliwie można byłoby dopowiedzieć, że na takich zasadach jak polscy obywatele nie mogą z niego korzystać. Okazuje się jednak, że system jest dla nich jeszcze bardziej niedostępny. Liczby mówią same za siebie.

W placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) pomoc otrzymało ponad 235 tys. uchodźców, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) ponad 74 tys. Hospitalizowano nieco ponad 40 tys. osób,

a uchodźczynie urodziły w tym czasie 4,3 tys. dzieci. W sumie wydaliśmy na świadczenia dla uchodźców 0,5 mld zł przez 10

miesiące. Dziesięć, może nawet kilkanaście razy mniej niż szacował w pierwszych tygodniach wojny w Ukrainie minister zdrowia Adam Niedzielski (który, cały czas podtrzymuje, że Polska będzie się domagać refinansowania przez UE świadczeń dla uchodźców, i dlatego są one dokładnie liczone). Eksperci od migracji oceniają,

że choć liczba uchodźców jest zmienne, to można ją oceniać na około 2 mln osób – tylu Ukraińców przebywa w Polsce w związku z wojną, co obejmuje również tych, którzy do Polski przyjechali dużo wcześniej i wojna ich tu zatrzymała.

Biorąc pod uwagę profil demograficzny uchodźców – są to głównie młode kobiety z dziećmi, w dużej części z dziećmi małymi, oraz stosunkowo nieliczna grupa seniorów – można zakładać, że korzystanie z systemu opieki zdrowotnej będzie intensywniejsze. Najmniej dziwi niewielka liczba porad w AOS, bo intensywność korzystania z porad specjalistów rośnie po 50. roku życia, ta grupa wiekowa wśród uchodźców jest stosunkowo niewielka.

Podstawowym problemem jest jednak, jak wynika z raportu GUS i WHO opublikowanego pod koniec lutego, bariera informacyjna, na którą składają się zarówno bariera językowa, bariera kulturowa, ale też skomplikowany, trudny w poruszaniu się nawet dla polskich pacjentów, system ochrony zdrowia.

ROZMOWA



Leki JAK AMUNICJA

Odcięcie dostaw leków to broń, której skutki użycia można porównać z wystrzeleniem pocisku – mówi **Krzysztof Kopeć**, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowych Producentów Leków, w rozmowie z Mariuszem Tomczakiem.

Czy Polska jest uzależniona od dostaw leków z zagranicy?

Do niedawna co drugi lek kupowany w Polsce był wytwarzany przez krajowych producentów, obecnie co trzeci. Gorzej sytuacja wygląda z substancjami czynnymi (active pharmaceutical ingredients – API) – jeszcze pod koniec lat 90. XX w. większość produkowały USA i Europa. W ciągu ostatnich 20 lat sytuacja zmieniła się diametralnie. Ocenia się, że świat jest uzależniony w ok. 80 proc. od dostaw z Azji, głównie z Chin. Co więcej, produkcja API i leków koncentruje się na wschodzie tego kraju, w pięciu prowincjach, co samo w sobie stanowi czynnik ryzyka. Wyobraźmy sobie, że prawie cały świat jest uzależniony od ważnych produktów wytwarzanych w pięciu województwach na wschodzie Polski.

Jako Polak bym się cieszył.

I pewnie tak myślą w Chinach. Ale co się stanie, jeśli w tym kraju dojdzie do katastrofy naturalnej lub do powtórki z pandemii, gdy pozamykano fabryki i granice? Co jeśli dostawy leków do Europy zostaną wstrzymane z powodu niepokoju społecznych lub decyzji politycznych? Leki i API mogą być instrumentem nacisku politycznego. Odcięcie dostaw to broń, której skutki użycia można porównać z wystrzeleniem pocisku. Gdy nie ma dostępu do podstawowych leków i API, walka z wieloma chorobami będzie przegrana, a wysiłek lekarzy może się okazać mało skuteczny. Niedobór dotyczy każdego, zarówno żołnierzy, jak i ludności cywilnej, w tym dzieci. Z powodu braku leków przeciwcukrzycowych wielu pacjentów trafi do szpitali, co może się skończyć ciężkimi powikłaniami, a nawet śmiercią. Niedobór leków hipotensyjnych albo wziewnych, stosowanych w astmie czy POChP, również może doprowadzić do dramatycznych skutków. Bez leków znieczulających czy zwiotczających nie odbędzie się nawet mało skomplikowana operacja.

Czy wyciągnęliśmy wnioski z pandemii?

Rozmawiamy o nich, ale brakuje konkretnych działań, zarówno na poziomie UE, jak i w Polsce. Unia chce uniezależnić się od dostaw API z Azji, ale to rodzi konkretne koszty. Produkcja będzie droższa. Aby nie przegrać walki o rynek z azjatyckimi produktami, trzeba

wprowadzić jakieś dopłaty. Rząd mówi, że musimy produkować więcej leków w Polsce, ale mamy najniższe regulowane ceny w UE – krajowym firmom opłaca się importować leki z Azji, a produkować te nierefundowane, których ceny ustala rynek, a nie resort zdrowia. Potrzebne są więc preferencje dla firm wytwarzających leki w Polsce. Takie instrumenty powinny się znaleźć się w ustawie refundacyjnej.

Co się zmieniło w ostatnich latach?

Do niedawna wydawało się, że wszystko można dostać od ręki. Przyzwyczailiśmy się do stałej obecności leków w aptekach i środków przeciwbólowych na każdej stacji benzynowej. Gdy pojawił się COVID-19, wystarczyło, że Chiny i Indie ograniczyły eksport medykamentów, a w wielu krajach zabrakło paracetamolu. Dochodziło do sytuacji, w które jeszcze kilka lat temu bym nie uwierzył. Gdy w jednym kraju międzyrządowe miał samolot wypełniony produktami medycznymi, na lotnisku pojawiali się panowie z torbami pieniędzy, po czym pilot zmieniał kierunek lotu. Jedni cieszyli się z transakcji, drudzy zostali bez obiecanych maseczek i leków. Gotówka w walizkach załatwiała problem zerwanych łańcuchów dostaw.

Ale to raczej nie działo się u nas?

W Polsce nie doszło do dramatycznych braków leków. Uniknęliśmy sytuacji, w której przez miesiąc w szpitalach nie byłoby czego podać pacjentom. Jednym z powodów było zawieszenie przez UE przepisów antymonopolowych, ale nie bez znaczenia był krajowy przemysł farmaceutyczny. Istnieją firmy, zarówno polskie, jak i zagraniczne, produkujące leki na nasz rynek. Mimo to dochodziło do groźnych sytuacji. Jeden z polskich producentów leków, sprowadzający API z Azji, od wielu lat część zapasów przechowywał w magazynie pod Hamburgiem. Gdy Niemcy zamknęli granicę, fabryka leków przestała pracować.

Bezpieczeństwo lekowe jest równie ważne jak militarne?

Od dawna wiele mówi się o bezpieczeństwie żywnościowym, a za sprawą wojny w Ukrainie także o energetycznym i militarnym. Tak jak wspieramy wojsko i przemysł obronny, powinniśmy wspierać produkcję leków i API. We współczesnym świecie suwerenność jest

rozumiana inaczej niż kiedyś – celem nie jest całkowita samowystarczalność, bo to wydaje się niemożliwe, ale trzeba stawić na dywersyfikację dostaw. Kiedy dochodzi do nieprzewidywanego, zapasy leków szybko się kończą, a potrzeby może zabezpieczyć produkcja na miejscu. Uwagę na konieczność wspierania krajowej produkcji leków w obliczu możliwej sytuacji kryzysowej zwracaliśmy już w 2015 r. w raporcie pt. „Bezpieczeństwo lekowe Polski”. Chiny przestawiły się wówczas na produkcję leków na skalę przemysłową, a Rosja dopiero co zajęła Krym i część Donbasu. Niektórzy śmiali się, mówiąc, że przesadzamy, bo wszystko da się sprowadzić taniej i szybciej z drugiej części świata, że patrzymy przez pryzmat naszych interesów.

Ośiem lat później nasze ostrzeżenia znalazły pokrycie w rzeczywistości.

Zatóżmy, że Rosja intensyfikuje działania zbrojne na Ukrainie, a do Polski napływa więcej uchodźców i ciężko ranni. W tym samym czasie Chiny ograniczają wywóz API. Czy w polskich aptekach zabraknie leków?

To realne. Mielibyśmy powtórkę sytuacji z początku pandemii. Gdy Chiny wstrzymały pracę w swoich fabrykach i zamknęły granice, problemy wystąpiły na całym świecie. W niektórych krajach brakowało sprzętu medycznego i lekarstw. Nie bez znaczenia jest, że Chiny mają wiele wspólnych interesów z Rosją. Polskie firmy uzależnione od chińskich kontrahentów już analizują różne scenariusze, również całkowitego wstrzymania dostaw leków i API. Jednak nikt nie wie, czy miałyby to trwać 10 dni czy pół roku. W Europie za mało zastanawiamy się nad możliwymi konsekwencjami konfliktu amerykańsko-chińskiego. Niestety, z krajowymi producentami leków nie spotkał się żaden przedstawiciel rządu. Na szczęście w UE coraz częściej pojawiają się głosy o potrzebie zwiększania odporności lekowej.

Jak ograniczyć uzależnienie od Chin?

Punktem wyjścia powinna być poważna analiza dostępności API o strategicznym znaczeniu. Listę powinni wspólnie przygotować przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, producentów leków i środowiska

lekarskiego. Widzę tu ważny obszar do współpracy z samorządem lekarskim. Poza tym należy zwiększyć produkcję API i leków w naszym kraju, co daje pewien bufor bezpieczeństwa – zmniejsza wahania produkcji i dostaw. Leczyć może tylko to, co jest dostępne.

Czy zwiększanie zapasów pomoże?

Minister zdrowia apeluje, by powiększyć zapasy leków w magazynach, ale tego nie da się robić w nieskończoność. Nie jest to zresztą optymalne. Gdzieś trzeba dokonywać zakupów, a robi się to głównie w Chinach. Leki mają określony termin ważności. Wreszcie – utrzymywanie zapasów kosztuje. Obawiam się, że jeśli dojdzie do narzucenia na firmy obowiązku magazyno-

wania większej ilości leków, a koszty zostaną przerzucone na producentów, zaczną oni tracić zainteresowanie wytwarzaniem leków refundowanych, ratujących życie i zdrowie. Ich produkcja może się stać po prostu nieopłacalna. W efekcie staniemy się jeszcze bardziej uzależnieni od zagranicznych dostaw, a firmy zaczną produkować np. suplementy diety.

Bezpieczeństwo kosztuje. Czy za bezpieczeństwo lekowe też trzeba zapłacić?

Tak, ale warto być świadomym korzyści. Nie sztuka kupować tanio, trzeba robić to mądrze, nie tracąc z oczu kwestii bezpieczeństwa, i wspierać gospodarkę. W ramach systemu refundacyjnego rocznie kupujemy leki za kilkanaście miliardów złotych. Te pieniądze rozwijają kraj, który je sprzedaje. Z każdej złotówki wydanej na lek wyprodukowany w Polsce do budżetu państwa wraca ok. 78 groszy. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia podkreślają, że chcą „kupić” jak najwięcej „zdrowia” za jak najmniejsze pieniądze. Rozumiem to podejście, bo sam byłem kiedyś członkiem Komisji Ekonomicznej przy Ministrze Zdrowia, ale sprzeciwiam się bezrefleksyjnemu kupowaniu tylko w oparciu o najniższą cenę. Władze powinny patrzeć na bezpieczeństwo lekowe w szerszej perspektywie. Od nas zależy, czyją gospodarkę będziemy wspierać i czy polskim pacjentom nie stanie się krzywda. ■■■

Lipcowe podwyżki mogą zatopić szpitale

Wzrost nakładów na zdrowie jest gwarantowany ustawowo – zapewnia minister zdrowia. Ale dane instytucji międzynarodowych plasują Polskę na końcu europejskiej stawki pod względem wielkości odsetka PKB przeznaczanego na zdrowie ze środków publicznych.

Małgorzata Solecka dziennikarka

Minister zdrowia Adam Niedzielski, otwierając VIII Kongres Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach (9-10 marca 2023 r.), zapewnił, że ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta domyka proces zmian w systemie ochrony zdrowia i ma zapewnić pacjentom korzyść ze wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Nakładów, które – według ministra – w ostatnich latach się sukcesywnie zwiększają, co zawdzięczamy ustawie 7 proc. PKB. – System ochrony zdrowia ma gwarancje zwiększania nakładów, nie jest petentem zabiegającym o wsparcie budżetu – podkreślał minister Niedzielski.

DALEKO OD UNII EUROPEJSKIEJ

Problem w tym, że to nieprawda. Zwrócił na to uwagę w dyskusji po inauguracyjnym wystąpieniu ministra zdrowia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski, mówiąc o realnym odsetku wydatków na zdrowie, nieprzekraczającym w ostatnich latach 5 proc. PKB (według danych OECD i KE w 2020 r. wynosiły one nie więcej niż 4,8 proc. PKB). – Po prostu stałmy w prawdzie i nie utrzymujemy sytuacji, w której mówimy sobie: „Jest dobrze”. Bo mamy dobry, europejski system, ale musimy powiedzieć wprost, że mamy też niedostatek finansowy – tłumaczył

prezes Jankowski, przypominając, że średnia wydatków publicznych w Unii Europejskiej to już ponad 8 proc. PKB.

Podczas tego samego wydarzenia, choć w ramach innej sesji, Maciej Bogucki, dyrektor Europejskiego Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia, który przewodniczył pracom zespołu ekspertów Senatu RP ds. ochrony zdrowia, przytaczał dane Eurostatu z 2020 r. Według nich w Polsce na obywatela wydaje się 650 euro, co plasuje nas praktycznie na końcu europejskiej stawki, jedynie przed Rumunią i Bułgarią. – Słowacja wydaje prawie 1 tys. euro, a Czechy 1,6 tys. euro – wyliczał. – Trzeba przyznać, że nakłady rosną. Buduje się jednak narrację, że zbliżamy się do 7 proc. PKB, a tymczasem jesteśmy dalecy od tych 7 proc. Dane Eurostatu mówią, że rzeczywiste nakłady w Polsce to 4,69 proc. przy średniej unijnej 8,85 proc. – mówił Bogucki.

JAK ZNALEŹĆ MILIONY

Eksperci Senatu RP nie mają wątpliwości. – Nakłady na zdrowie należy podwoić natychmiast. I to jest plan minimum na już, w najbliższym budżecie, by próbować dorównać do średniej unijnej. Jeżeli

Lepsze zarządzanie kolejkami nie przyniesie efektu, jeśli pieniędzy w systemie będzie ubywać

będziemy odkładać w ratach próbę dogonienia Europy, ten dystans będzie tylko rósł – mówił w Katowicach prof. Robert Flisiak, jeden z członków zespołu. Kłopot w tym, że w rekomendacjach ekspertów, a także w dotychczasowych dyskusjach politycznych, nie ma

śladu po pomysłach, jak można byłoby osiągnąć taki skokowy wzrost. Bo podwojenie (czy nawet niemal podwojenie) nakładów oznacza konieczność znalezienia przynajmniej 100-120 mln zł.

FALSZYWA TEZA O KOLEJKACH

Patrząc na kwestię finansów od drugiej strony, czyli efektów tak drastycznie niskiego finansowania „dobrego europejskiego systemu”, czyli tego, który gwarantuje świadczenia zdrowotne na europejskim poziomie, nie ma wątpliwości co do waluty, w jakiej pacjenci (ale też pracownicy ochrony zdrowia) „dopłacają” różnicę. To czas. Pracownicy ochrony zdrowia płacą czasem i własną pracą, bo niedofinansowanie przekłada się na braki kadrowe, a braki kadrowe zmuszają tych, którzy w systemie pracują, do pracy w większym niż optymalny wymiarze czasu. Pacjenci płacą czasem, oczekując w kolejkach.

– Politycy nas oszukują, mówiąc, że kolejki są nieodłączną częścią systemów ochrony zdrowia na całym świecie – mówił podczas II Kongresu Zdrowia Kobiet w Warszawie były wiceminister zdrowia Krzysztof Łąda, prezentując w Dniu Kobiet poświęcony „kobiecy” świadczeniom zdrowotnym Barometr WHC. Dodał, że w stosunku do ubiegłego roku jest „stabilnie źle”. Kolejki w niektórych obszarach się wydłużyły, w innych nieznacznie skróciły, a kobiety na świadczenia średnio czekają nieco dłużej niż rok wcześniej. Założyciel Fundacji WHC podkreślał, że teza o nieuchronności kolejek jest fałszywa. W Europie w połowie krajów kolejki nie ma praktycznie wcale.

Jednym z krajów, które mogą się poszczycić

„bezkolejkowością”, są Niemcy. Nie oznacza to, że zawsze do lekarza pacjent dostaje się „z marszu”. Wystarczy zdroworozsądkowy czas oczekiwania na świadczenie, liczony w dniach, a nie w tygodniach. Na tle całej Unii Europejskiej naszych zachodnich sąsiadów wyróżnia obserwowany praktycznie od dwóch dekad, powolny, ale stały, wzrost wydatków publicznych na zdrowie. Niemcy są jedynym krajem, w którym te nakłady nie spadły, ale nawet minimalnie rosły w latach kryzysu finansowego 2009-2011, gdy praktycznie wszystkie kraje w ramach cięć budżetowych redukowały również wydatki zdrowotne (w niektórych krajach przed pandemią były one cały czas niższe niż dekadę wcześniej). Jak

można wnioskować z lektury choćby raportów OECD, ten stały wzrost odpowiada za płynny dostęp niemieckich pacjentów do diagnostyki i leczenia. Mówiąc najprościej, odpowiada on rosnącemu potrzebom zdrowotnym starzejącego się niemieckiego społeczeństwa i bezkolizyjnie je zaspakaja.

POLITYK NIE CZEKA DO LEKARZA

W Polsce obserwujemy zjawisko odwrotne. Choć dane demograficzne pokazują, że polskie społeczeństwo należy do najbardziej gwałtownie się starzejących, a trendy w tym wymiarze są bezwzględne, wydatki na zdrowie – w tym przede wszystkim wydatki publiczne – utrzymywane są na ekstremalnie niskim poziomie. To niespełna 5 proc. PKB, praktycznie dwukrotnie mniej od średniej UE. Niemcy już w ostatnim roku przed pandemią osiągnęły 10 proc. PKB, a w 2020 r. kontynuowały swoją

Szpitala powiatowe obawiają się kolejnych turbulencji finansowych, które mogą je zatopić



FOTO: GRABOWSKI FOTO / SHUTTERSTOCK.COM

politykę. Trudno abstrahować od faktu różnicy w wielkości PKB Polski i Niemiec, nawet w przeliczeniu na mieszkańca z uwzględnieniem siły nabywczej.

Krzysztof Łanda, który w latach 2015-2017 pełnił funkcję podsekretarza stanu (ministrem był wówczas Konstanty Radziwiłł), nie ukrywa, że kolejki, będące z jednej strony wynikiem niedofinansowania, z drugiej złych rozwiązań organizacyjnych, przez co duża część środków jest marnotrawiona, pociągają za sobą kolejne patologie.

- Po pierwsze korupcję, również tę zawołowaną, gdy za przyspieszenie przyjęcia, zabiegu czy operacji płaci się podczas wizyty w prywatnym gabinecie lekarskim. Po drugie, załatwianie po znajomości - wyliczał, przyznając, że jako wiceminister nie nadążał niekiedy odbierać telefonu z prośbami od parlamentarzystów czy członków kierownictwa innych ministerstw, by przyspieszyć termin czy załatwić przyjęcie pacjenta. - Politycy nie stoją w kolejkach. Gdyby musieli czekać w kolejkach, zaraz by się z nimi rozprawili - przekonywał znany z radykalnych wypowiedzi Łanda.

Politycy w kolejkach oczekiwać nie muszą, obywatelom zaś tłumaczą, że kolejki są immanentną cechą systemów ochrony zdrowia i co najwyżej można się starać lepiej nimi zarządzać (vide pomysł Ministerstwa Zdrowia na centralizację kolejek, który Łanda i inni eksperci zaliczają do kategorii kolejologii stosowanej). Nawet jednak lepsze zarządzanie kolejkami nie przyniesie widocznego efektu, jeśli pieniądze w systemie ochrony zdrowia nie tylko nie będą więcej, ale będzie ubywać. A taki scenariusz jest nie tylko możliwy, ale wręcz się realizuje.

NADWYŻKA Z ŁADU JUŻ SKONSUMOWANA

Na początku marca Federacja Przedsiębiorców Polskich (FPP) zwróciła uwagę, że zmienione wraz z wprowadzeniem Polskiego Ładu zasady opłacania składek zdrowotnych przez przedsiębiorców powinny przynieść 7 mld zł rocznie dodatkowych wpływów do NFZ. Warto przypomnieć, że w maju 2021 r., gdy Prawo i Sprawiedliwość przedstawiało

założenia Polskiego Ładu, wiele mówiono o pozytywnym efekcie dla systemu ochrony zdrowia i o potrzebie przestrzegania zasady solidaryzmu społecznego. Zgodnie

z nią przedsiębiorcy powinniłożyć na system ochrony zdrowia kwoty adekwatne do swoich dochodów, a być może nawet i przychodów. Mówił o tym premier Mateusz Morawiecki, mówił lider PiS Jarosław Kaczyński. I choć w kolejnych miesiącach 2021 r. zasady opłacania składki zdrowotnej przez przedsię-

biorców dynamicznie się zmieniały, bo pierwotne założenia okazały się nie do utrzymania, uzyskano efekt w postaci zwiększenia wpływów do kasy Funduszu. Jednak pod koniec roku „dzięki” nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dokładnie taką samą kwotę Funduszowi cofnięto. Przypomina o tym Łukasz Kozłowski, główny ekonomista FPP. Nowelizacja „zniosła dotację z budżetu państwa do NFZ na realizację zadań o wartości 5,9 mld zł rocznie, a jednocześnie przeniesiono z budżetu państwa na NFZ obowiązek finansowania zadań kosztujących 1,2 mld zł rocznie - czyli łącznie 7,1 mld zł”. - W praktyce oznacza to, że Polski Ład wygenerował dodatkowe 7 mld zł rocznie wpływów do NFZ z tytułu składki zdrowotnej, a następnie całość tych środków została wykorzystana nie na leczenie pacjentów, lecz po to, by budżet państwa zaoszczędził na dotacjach - podsumował Kozłowski.

To zaś oznacza, że wyższą - i skomplikowaną w obliczeniach - składkę zdrowotną przedsiębiorcy płacą bez żadnego odczuwalnego efektu w postaci większej zasobności płatnika. Ten ostatni zresztą przynajmniej na początku roku w ogóle nie mógł mówić o „zasobności”, gdyż plan finansowy przewidywał (w lutym 2023 r.) ponad 10-miliardowy deficyt, o czym zostali poinformowani partnerzy społeczni zasiadający w Zespole Trójstronnym ds. Ochrony Zdrowia. Różnica między przychodami a kosztami świadczeń zdrowotnych być może się w ciągu roku zmniejszy. Spływ składki nawet w trudnych ekonomicznie latach, z niskim tempem wzrostu PKB, zawsze

dotychczas był wyższy, niż zakładany. „Na dziś” wiadomo jednak, że fundusz zapasowy NFZ, w którym zgromadzone ok. 16 mld zł, w tym roku może być rozdysponowany w całości - do ponad 10 mld zł. Na pokrycie ewentualnego deficytu może dojść jeszcze 5 mld zł, które minister zdrowia może polecić przekazać Funduszowi Przeciwdziałania COVID-19. Taką możliwość zagwarantowała mu nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

PODWYŻKA ZABÓJCZA DLA POWIATÓW

Tymczasem, jak alarmują dyrektorzy szpitali oraz organy założycielskie, rok 2023 będzie wyjątkowo trudny. Utrzymująca się drugi rok z rzędu bardzo wysoka inflacja oznacza, po pierwsze, że nominalnie wysoki przyrost pieniądza w systemie jest w dużym stopniu „pusty”. Co więcej, pensje, a więc i składki zdrowotne, rosną, ale wolniej od inflacji, a koszty, jakie muszą ponieść placówki medyczne, inflację w wielu obszarach wyprzedzają.

1 lipca wzrosną wynagrodzenia minimalne pracowników ochrony zdrowia (na podstawie ustawy, w związku ze zmianą kwoty bazowej), ale też po raz pierwszy nastąpi druga w ciągu roku podwyżka płacy minimalnej w gospodarce. A to natychmiast pociągnie za sobą zmiany umów - przede wszystkim szpitali - z dostawcami usług. Ci nawet nie muszą renegocjować wysokości nowych umów, wystarczy, że powiadomią, o ile podnoszą swoje stawki. Tymczasem szpitale, zwłaszcza powiatowe, jeszcze wiosną 2023 r. odczuwają negatywne skutki nie tyle podwyżek minimalnych wynagrodzeń z lipca 2022 r., co błędów związanych z ich przeprowadzeniem i niezagwarantowaniem adekwatnych środków na sfinansowanie ich kosztów. A resort zdrowia w trakcie publicznych dyskusji podkreśla, że jednym z największych tegorocznych wyzwań będzie lipcowa operacja zwiększenia wynagrodzeń. Trudno się więc dziwić, że szpitale powiatowe już na początku marca zapowiedziały, że wystąpią do NFZ z wnioskami o waloryzację kontraktów. Nie chcą czekać do maja, gdy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przedstawi propozycje zmian w wycenach na poczet lipcowych podwyżek. Obawiają się kolejnych turbulencji finansowych, które mogą część świadczeniodawców wręcz zatopić.

Prezes NRL w pierwszej dziesiątce Listy Stu

Łukasz Jankowski zajął siódme miejsce na Liście Stu „Pulsu Medycyny”. W pierwszej setce znalazło się siedmiu przedstawicieli samorządu lekarskiego.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna

Lista Stu to ranking najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie i ochronie zdrowia, przygotowywany od 2002 r. Na początku w ramach kategorii zbiorczej, od 2014 r. – z podziałem na dwie kategorie.

Najwięcej członków samorządu lekarskiego nagrodzono w młodszej kategorii, skupiającej najważniejsze osoby kształtujące system ochrony zdrowia w Polsce. Najwyższe, siódme, miejsce zajął prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski, który podkreślił, że wyróżnienie jest podsumowaniem działań Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie i Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w 2022 r.

– Kiedy dodajemy „wektory wpływu” kolejnych osób czy instytucji, to zwykle kierunek nie jest w 100 proc. zgodny z tym obranym przez nas, ale z pewnością „wektor wpływu” nas wszystkich celuje w zmiany w ochronie zdrowia. Dowodem jest porozumienie podpisane pięć lat temu z ówczesnym ministrem zdrowia. Wiele zmieniło się na lepsze, ale wyzwani też przybyło – mówił prezes Jankowski podczas uroczystej gali ostatniego dnia lutego.

– Jeszcze dużo pracy przed nami, szczególnie jeśli chodzi o urzeczywistnienie tego wpływu, o którym dzisiaj mówimy. Ranking pokazuje, jak wielu mamy interesariuszy systemu. Proszę sobie wyobrazić, co udało się osiągnąć, gdybyśmy wszyscy tu zebrani zaczęli wspólnie działać na rzecz poprawy systemu ochrony zdrowia.



Prezes NRL Łukasz Jankowski uplasował się w pierwszej dziesiątce Listy Stu

Samo wyróżnienie na liście, wyścig o miejsce, to za mało. Musimy się zastanowić, jaki zakres ma to nasze oddziaływanie na system i jak je zwiększyć poprzez współdziałanie – dodał prezes NRL.

Wśród laureatów Listy Stu w ochronie zdrowia znalazło się jeszcze sześciu przedstawicieli samorządu lekarskiego. Na 17. miejscu uplasował się dr n. med. Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19.

Na 53. pozycji znalazł się były wiceprezes NRL i dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL (COBIK NIL) dr n. med. Artur Drobniak. – Zdziwiło mnie, że mimo iż usunąłem się z działalności na politycznym świeczniku w NIL na rzecz strictly prolekarskiej, jury tego plebiscytu nadal doceniło mój wkład w budowanie systemu ochrony zdrowia. Moją obecną rolą w izbie jest dbanie o kształcenie podyplomowe lekarzy i uzupełnianie go o to, czego nie oferują uniwersytety medyczne ani CMKP. Ponadto razem z zespołem COBIK NIL powołaliśmy do życia NIL IN, czyli NIL Innovation Network. Przyspieszenie rozwoju technologicznego przeniosło się również na medycynę. Dlatego rozwój tego projektu jest kluczowy, by lekarze mieli wpływ na kształtowanie rzeczywistości systemu ochrony zdrowia w zakresie wprowadzania innowacji i rozwiązań sztucznej inteligencji – mówi dr Artur Drobniak.

55. Miejsce przypadło prezesowi NRL w latach 2018-22 prof. Andrzejowi Matyji.

Z 86. numerem zadebiutował na liście Oleg Nowak, pełnomocnik NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami. – Pojawienie się na tej liście było dla mnie zaskoczeniem, ale jestem też bardzo szczęśliwy, że w końcu lekarze z niepełnosprawnościami zostali zauważeni – mówił Oleg Nowak, prowadzący na Instagramie profil „Lekarz na kółkach”, który pokazuje, że pomimo niepełnosprawności można się rozwijać zawodowo. – Przykład to zostanie lekarzem



Od lewej - prof. Maciej Banach, prof. Krzysztof Filipiak, dr hab. Tomasz Dzieciatkowski

PIERWSZA DZIESIĄTKA „LISTY STU” W MEDYCYNIE

1. **prof. Henryk Skarżyński**, autor wielu pionierskich operacji z zakresu otorynolaryngologii, twórca i dyrektor Instytutu Fiziologii i Patologii Słuchu, kierownik Światowego Centrum Słuchu, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii
2. **prof. Jacek Jassem**, prezes zarządu Polskiej Ligi Walki z Rakiem, przewodniczący Central and Eastern European Oncology Group
3. **prof. Piotr Rutkowski**, przewodniczący Polskiego Towarzystwa Onkologicznego
4. **prof. Piotr Ponikowski**, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
5. **prof. Adam Torbicki**, konsultant Kliniki Krążenia Płucnego, Chorób Zakrzepowo-Zatorowych i Kardiologii CMKP w Europejskim Centrum Zdrowia Otwock
6. **dr hab. n. med. Mirosław Ząbek**, prof. CMKP, kierownik Interwencyjnego Centrum Neuroradiologii oraz dyrektor Centrum Gamma Knife Warszawa
7. **prof. Maciej Banach**, kierownik Zakładu Kardiologii Prewencyjnej i Lipidologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
8. **prof. Robert Flisiak**, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, prezydent Central European Hepatologic Collaboration
9. **prof. Małgorzata Myśliwiec**, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
10. **prof. Maciej Małecki**, kierownik Katedry i ordynator Kliniki Chorób Metabolicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie

PIERWSZA DZIESIĄTKA „LISTY STU” W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

1. **Maciej Miłkowski**, wiceminister zdrowia odpowiedzialny za politykę lekową
2. **Bartłomiej Chmielowiec**, Rzecznik Praw Pacjenta
3. **prof. Agnieszka Mastalerz-Migas**, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej
4. **Filip Nowak**, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
5. **Dr n. ekon. Adam Niedzielski**, minister zdrowia
6. **Dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka**, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
7. **Łukasz Jankowski**, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
8. **dr hab. Radosław Sierpiński**, prezes Agencji Badań Medycznych
9. **dr n. o zdr. Grzegorz Cessak**, prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
10. **Anna Rulkiewicz**, prezes Grupy Lux Med

Na Liście Stu w Medycynie znalazło się trzech ekspertów związanych z Nacelną Izbą Lekarską

postawił sobie doprowadzenie do zmian w legislacji w kwestii kształcenia podyplomowego. – Rezydentury i programy specjalizacji niekoniecznie są kompatybilne z kodeksem pracy. Dlatego potrzeba indywidualnej ścieżki dla lekarzy z niepełnosprawnościami. Moim pomysłem przedyskutowanym z konsultantem krajowym do spraw radiologii byłoby rozliczanie specjalizacji na wniosek kierownika specjalizacji indywidualnie przez konsultanta krajowego. Takich przypadków nie ma dużo, więc nie będzie to dodatkowa i przytłaczająca praca – tłumaczy Oleg Nowak.

Na miejscu 95. Listy uplasował się dr n. med. Michał Balsa, prezes ORL w Szczecinie. – Cieszy mnie, że mimo zejścia ze sceny ogólnopolskiej jako członek Prezydium NRL pozostałem na Liście Stu jako prezes Okręgowej Rady Lekarskiej (ORL) w Szczecinie. Mam nadzieję, że w przyszłości na Liście pojawi się więcej prezesów rad okręgowych, bo pokaże to naszą siłę – mówi dr Balsa.

Trzy oczka dalej znalazł się przewodniczący Komisji Kształcenia i członek Prezydium NRL Damian Patecki, który komentuje: – Miejsce na Liście Stu cieszy, bo pokazuje, że jako samorząd ciągle mamy wpływ na kształt ochrony zdrowia w Polsce.

Osoby związane z Samorządem Lekarskim znalazły się także na Liście Stu w Medycynie. Na 21. miejscu uplasował się prof. Krzysztof Jerzy Filipiak, przewodniczący Zespołu Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL. Miejsce 39. zajął członek Rady Ekspertów NIL prof. Jerzy Samochowiec, a 77. prof. Jacek Wysocki, również członek Rady Ekspertów NIL.

Prace nad Listą Stu trwają cały rok. Dziennikarze „Pulsu Medycyny” śledzą dokonania potencjalnych kandydatów, a pod koniec roku redakcja przedstawia jurorom do oceny ponad 150 nominowanych do wyróżnień w kategorii Medycyna i ponad 150 nominowanych w kategorii System Ochrony Zdrowia.

czy wykonywanie małych zabiegów chirurgicznych tak, jak robię to ja. W 2023 r. specjalizacji jest naprawdę kilkadziesiąt, ta liczba zbliża się wręcz do stu, więc każdy znajdzie coś dla siebie. Bycie lekarzem to nie tylko praca w karetce czy na szpitalnym oddziale ratunkowym. Są też specjalizacje stacjonarne czy wręcz biurowe. Zachęcam wszystkich do spróbowania. Jest niewiele problemów zdrowotnych, które wykluczają z pracy lekarza – przekonuje pełnomocnik NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami. Za cel Oleg Nowak

ŚWIADCZENIA

LEKARZE PYTAJĄ,
KOMISJA ODPOWIADA

W związku z dużym zainteresowaniem tematem wystawiania elektronicznych recept i zwolnień oraz pytaniami lekarzy Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej wyjaśnia wątpliwości.

KEL NRL

W swoim stanowisku, o którym pisaliśmy w marcowym numerze „Gazety Lekarskiej”, Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej (KEL NRL) odróżniła sprzedaż recept i zwolnień od teleporad, kładąc nacisk na to, że pacjentowi pozostającemu pod opieką danego lekarza należy zapewnić ciągłość leczenia z zachowaniem zasad należytej staranności. Wystawianie recept przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), zamawianych przez pacjenta poprzez indywidualne konto pacjenta (IKP), jest dopuszczalnym prawnie, bezpłatnym świadczeniem służącym kontynuacji leczenia u swojego lekarza. Zamawianie recept poprzez IKP jest legalnym rozwiązaniem, do którego należy namawiać pacjentów, w przeciwieństwie do korzystania z „receptomatów” na życzenie i do tego odpłatnych.

Stanowisko KEL NRL z 12 lutego 2023 r. było reakcją na doniesienia medialne o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu tzw. internetowych receptomatów, m.in. artykuł Pauliny Nowosielskiej „Złoty biznes na e-zdrowiu”, który ukazał się 31 stycznia 2023 r. w „Dzienniku Gazecie Prawnej”. Autorka przeprowadziła prowokację dziennikarską, w nieco ponad godzinę uzyskując silny lek przeciwbólowy i przeciwpadaczkowy oraz e-zwolnienie nawet bez kontaktu z lekarzem. Skorzystała z oferty jednego z portali oferującego e-recepty za 65 zł, a e-zwolnienia za 99 zł.

KEL przypomina

Lekarze wydający recepty i zwolnienia „na żądanie”, bez wskazań lekarskich, narażają się na odpowiedzialność zawodową z powodu naruszenia Kodeksu Etyki Lekarskiej z następujących przepisów:

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 wykroczenia 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

Czy planowane jest uświadomienie zagranicznych izb lekarskich, w których od lat funkcjonuje konsultowanie pacjentów na początku telefonicznie, a w przypadku konieczności konsultowanie stacjonarne przez lekarza (np. Holandia), że takie postępowanie jest błędne i szkodliwe dla pacjentów?

Teleporada to uznany na świecie sposób sprawowania opieki nad pacjentem. W stanowisku opisaliśmy, jakie są uwarunkowania stosowania teleporad w polskim systemie prawnym i deontologicznym, nie przekładając stanowiska na europejskie standardy postępowania. Teleporada to nie jest „postępowanie błędne i szkodliwe dla pacjentów”. W stanowisku poddaliśmy krytyce komercyjną sprzedaż zwolnień lekarskich i recept na żądanie, bez badania pacjenta, w oparciu o budzące wątpliwości kryteria zawarte w ankietach nieodpowiadających badaniu podmiotowemu. Zwróciliśmy uwagę na rolę decyzyjną lekarza i to, czy w określonym stanie faktycznym w ogóle możliwe jest przeprowadzenie teleporady.

Czy lekarze POZ wystawiający przedłużenia recept w ciągu 1-3 minut nie zachowują należytej staranności i mogą być pociągnięci do odpowiedzialności?

Konieczne jest rozróżnienie między teleporadą a sprzedażą zwolnienia na żądanie, z gotową odpowiedzią, co ma być przyczyną niezdolności do pracy. Warto szczególnie przeanalizować treść stanowiska z 12 lutego 2023 r. To nie zawarty w pytaniu czas, ale całość stanu faktycznego decyduje o tym, czy lekarz POZ uzna za zasadną w przypadku znanego sobie pacjenta możliwość przeprowadzenia porady zdalnej, czy też konieczność wizyty osobistej i w konsekwencji decyzji w kwestii wystawienia recepty lub zwolnienia lekarskiego.

Jeśli uzyskiwanie wywiadu medycznego od pacjenta w formie formularza to błędna forma, czy planowane będzie wycofanie jej z centrów krwiodawstwa?

Pytanie zupełnie nieprzemyślane. Komisja zajęła się kwestią tzw. receptomatów i zwolnieniomatów i w tym – i tylko w tym – kontekście analizowała stosowane przez twórców portali oferujących te usługi metody weryfikacji podstaw do wystawienia recepty lub zwolnienia. Stosowane tam ankiety nie odpowiadają kryteriom wywiadu podmiotowego, ograniczają się do kilku zdawkowych informacji o kliencie i wręcz sugerują, jakie rozpoznania należy wpisać. Takie formularze uznaliśmy za błędne, nie dające podstaw do podejmowania decyzji o włączeniu leczenia czy uznaniu niezdolności do pracy. Komisja nie zajmowała się innymi formularzami. Zupełnie niezrozumiałe jest pytanie o centra krwiodawstwa.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

RUTYNA W MEDYCYNIE JEST NIEBEZPIECZNA

Wieloletnie doświadczenie zawodowe nie pozwala na stawianie rozpoznania tylko na podstawie rzutu oka na chorego, bez wywiadu, badania i zlecenia dodatkowej diagnostyki.



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

W niedzielę o godz. 11 do gabinetu pomocy nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej przy szpitalu specjalistycznym zgłosiła się kobieta z silnymi bólami brzucha po prawej stronie. Przyjmujący lekarz, nie badając brzucha, rozpoznał bóle korzonkowe, ignorując sugestie chorej o potrzebie konsultacji chirurgicznej. Zapisał trzy leki przeciwbólowe i bez wykonania jakichkolwiek badań odesłał ją do domu.

POMOGŁA KOLEŻANKA

Po powrocie do domu chora zadzwoniła do koleżanki chirurga. Lekarka przyjechała natychmiast i na podstawie badania brzucha niezwłocznie skierowała chorą na ostry dyżur chirurgiczny

z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego i zapalenia otrzewnej.

O godz. 18, po przeprowadzeniu badań i przygotowaniu chorej, śródoperacyjnie rozpoznano zgorzelinowe zapalenie wyrostka robaczkowego z perforacją oraz rozlanym ropno-kałowym zapaleniem otrzewnej. Na szczęście dla chorej, przebieg pooperacyjny był pomyślny.

Okręgowy Sąd Lekarski (OSL) uznał lekarza za winnego i skazał go na karę nagany, mimo że lekarz w dniu rozprawy się nie stawił, przysyłając L4. Nie wniósł jednak o odroczenie rozprawy.

Medycyna to nie działalność gospodarcza, lecz służba choremu

W odwołaniu do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) obwiniony wnosił o uniewinnienie, motywując to swoją nieobecnością na rozprawie w OSL i rzekomym spiskiem innych lekarzy przeciwko niemu. Tłumaczył też, że zwykle bada chorych, a w tym dniu przyjął dużą liczbę pacjentów. Mimo tych wyjaśnień NSL utrzymał w mocy orzeczenie OSL.

SŁOWO PRZECIWKO SŁOWU

Z analizy orzeczeń NSL wynika, że gdyby wszyscy lekarze zbierali wywiad i badali fizycznie chorych, nie byłoby większości spraw o błędy diagnostyczno-lecznicze. W tej sprawie było oświadczenie lekarza, że chorą zbadał, i oświadczenie chorej, że nie badał jej brzucha, a więc słowo przeciwko słowu. Co zdecydowało, że OSL i NSL nie dały wiary lekarzowi?

Przed wszystkim brak jakiegokolwiek zapisu w dokumentacji chorej, odnoszącego się do badania fizykalnego. Trzeba pamiętać, że to dokumentacja może weryfikować, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wiarygodność zeznań, a tam, gdzie nie ma świadków zdarzenia, ma olbrzymią wartość dowodową. Wreszcie fakt, że inny lekarz po godzinie nie miał żadnych wątpliwości, stawiając właściwe rozpoznanie tylko na podstawie zebrania wywiadu i badania fizykalnego brzucha, co zostało szybko potwierdzone śródoperacyjnie.

Podkreślane przez obwinionego wieloletnie doświadczenie zawodowe nie pozwala na stawianie właściwego rozpoznania tylko na podstawie rzutu oka na chorego, bez wywiadu, badania i zlecenia badań dodatkowych. Rutyna jest w medycynie bardzo niebezpieczna.

Argumentem nie może być także duża liczba przyjętych chorych, bo medycyna to nie działalność gospodarcza, lecz służba choremu. Każdemu należy poświęcić uwagę i staranność w badaniu. Poza dotychczasową niekaralnością NSL nie znalazł innych argumentów za złagodzeniem kary, a trzeba powiedzieć, że gdyby finał sprawy dla chorej był niepomyślny, kara musiałaby być o wiele bardziej surowa. ■■■

Ważne przepisy

Art. 8 KEL: Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

Art. 9 KEL: Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość.

PROBLEMY Z NEOCATE

OD KOGO ŻĄDAĆ ZWROTU NIENALEŻNEJ REFUNDACJI

Przestrzegam przed podpisywaniem ugód przez lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę, bo mają one moc wyroku sądowego.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Problemy z błędnym oznaczeniem poziomu refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych poruszają od pewnego czasu środowisko medyczne. Szczególnie boleśnie przekonali się o tym lekarze ordynujący preparat Neocate, od których NFZ żąda zwrotu znacznych kwot refundacji w związku z wypisaniem recept niezgodnie, zdaniem NFZ, ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach lekowych ministra zdrowia.

TREŚĆ UMOWY

Jak już wcześniej pisałem na łamach „Gazety Lekarskiej”, od 1 stycznia 2017 r. nie ma umów na wystawianie recept na leki refundowane. Nie oznacza to jednak, że zagadnienia te zniknęły zupełnie z umów zawieranych przez NFZ z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (praktykami zawodowymi lekarzy i podmiotami leczniczymi). Dobrym przykładem powiązanym ze sprawą preparatu Neocate są umowy dotyczące POZ. 29 czerwca 2022 r. prezes NFZ wydał zarządzenie nr 79/2022/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Załącznikiem nr 2 do tego zarządzenia jest umowa o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (właściwie wzór takiej umowy). W § 9 umowy uregulowane są kary umowne. Ustęp 2 dotyczy zaś kar umownych nakładanych w przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym



lub w przypadkach nieuzasadnionych. Zgodnie z literalnym brzmieniem umowy ustalonym zarządzeniem, kara w takim wypadku to równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia refundacji.

ARGUMENTY W SPORACH

Umowa milczy o równowartości refundacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia. Preparat Neocate nie jest lekiem, a jest środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia. Pojawia się w związku z tym uzasadniona wątpliwość co do tego, czy Fundusz może nałożyć na

świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość refundacji Neocate, skoro preparat ten nie jest lekiem. Kary umowne mają być nakładane w trybie i na zasadach określonych w ogólnych warunkach umów. A te są uregulowane w rozporządzeniu ministra zdrowia z 8 września 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie zawiera ono jednak regulacji modyfikujących zakres zdarzeń, z których zajściem wiąże się prawo do nałożenia kary umownej.

Warto wobec tego sięgnąć po umowy, które zostały zawarte z NFZ na udzielanie świadczeń gwarantowanych, i sprawdzić

ich postanowienia dotyczące kar umownych. Nie powinny one odbiegać od wzoru ustalonego przez prezesa NFZ, co daje kolejny argument w sporach sądowych z NFZ.

ZWOLNIENIE Z ODPOWIEDZIALNOŚCI

Kolejne wątpliwości pojawiają się przy analizie treści art. 48 ust. 7a ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Przepis ten stanowi podstawę prawną żądania zwrotu nienależnej refundacji. Zgodnie z jego brzmieniem zwrotu refundacji można się domagać od osób uprawnionych [do wystawiania recept refundowanych], z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest: lekarz, lekarz dentysta, będący świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Rodzi się pytanie, czy od lekarza będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, zatrudnionego u świadczeniodawcy, można żądać zwrotu kary umownej nałożonej przez NFZ w drodze roszczenia regresowego. Sytuacje takie są dość częste. Podmioty lecznicze zatrudniające lekarzy zwracają się do nich o zwrot całości lub części kar umownych, które nałożył na nie NFZ w związku z wystawieniem przez nich recept z naruszeniem art. 48 ust. 7a ustawy refundacyjnej. Takie brzmienie przepisu ustawy refundacyjnej można interpretować jako zwolnienie z odpowiedzialności lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego nie tylko z tytułu roszczeń NFZ, ale również roszczeń regresowych.

Pamiętać trzeba jednak, że w przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę ugodą zawartą z pracodawcą wywiera daleko idące skutki. Jej przedmiotem jest naprawienie szkody wyrządzonej pracodawcy wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych. W razie niewykonania ugody przez pracownika podlega ona wykonaniu w trybie egzekucji sądowej, po nadaniu jej klauzuli wykonalności przez sąd pracy. Ma ona zatem moc wyroku sądowego. ■■■

ZAWODY ZAUFANIA PUBLICZNEGO

PRAWO CZY BEZPRAWIE?

Czas pokaże, czy Centrum Egzaminów Medycznych [CEM], zgodnie z wnioskiem prezesa NRL i wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego, udostępni oczekiwane informacje.

Przemysław Rawa-Kłoczek advokat

Od dłuższego czasu środowisko lekarskie domagało się od CEM w Łodzi udostępnienia pytań (wraz z kluczami odpowiedzi), które były wykorzystywane przy weryfikacji wiedzy podczas Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES).

Osobom, które przygotowują się do egzaminu, poznanie materiałów z wcześniejszych lat daje możliwość zaznajomienia się z techniką zadawania pytań oraz sięgnięcia do źródeł wiedzy – książek, artykułów naukowych etc. Daje też możliwość kontroli nad właściwym wykonywaniem obowiązków przez CEM w zakresie przygotowywania testów. Jak słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 czerwca 2016 r. (sygn. akt K 8/15): „w interesie społeczeństwa jest możliwość kontrolowania jakości pytań i w konsekwencji sposobu dopuszczania do zawodu lekarza osób właściwie do tego przygotowanych”.

Niestety CEM nie podzielał ani oczekiwań lekarzy, ani nie dostrzegł walorów płynących z publikacji pytań i klucza odpowiedzi.

JAK TO BYŁO

15 lutego 2021 r. Naczelna Izba Lekarska (NIL) na podstawie art. 2 ust. 1 i art. 10 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej (u.d.i.p) zwróciła się do dyrektora CEM z wnioskiem o udostępnienie informacji publicznej w zakresie treści pytań egzaminacyjnych wraz z poprawnymi odpowiedziami, wykorzystanych na potrzeby PES, które odbyły się w latach 2016-2020 w sesji wiosennej i jesiennej, poprzez przesłanie ich w formie elektronicznej na wskazany adres.

W odpowiedzi dyrektor CEM odmówił, informując, że udostępnienie objętych wnioskiem informacji uregulowane jest w odrębnych przepisach. Chodziło o art. 16rc ust. 5-7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza

dentysty (u.z.l.i.l.d.). Z treści tego przepisu wynikało, że udostępnieniu podlegają wyłącznie pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami wykorzystane na potrzeby PES po upływie pięciu lat od dnia przeprowadzenia tego egzaminu. Kiedy CEM odmawiał udzielenia NIL dostępu do informacji publicznej (lutego 2021 roku) w obiegu, od 2016 roku był powszechnie znany cytowany wcześniej wyrok Trybunału Konstytucyjnego.

NIL zaskarżyła odmowę CEM do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, który wskazał, że rację ma NIL, a żądana informacja jest informacją publiczną. CEM odwołał się do Naczelnego Sądu Administracyjnego, który 14 grudnia 2022 r. potwierdził, że NIL miała rację w sporze, a przepisy, na które powołuje się CEM są wtórnie niekonstytucyjne.

ŻĄDAJĄ OPŁATY

20 lutego 2023 r. w piśmie kierowanym do prezesa NRL dyrekcja CEM uzależniła udostępnienie informacji publicznej od opłacenia przez NIL kwoty 5649,60 zł pod rygorem pozostawienia sprawy bez rozpoznania „bez obowiązku dodatkowego informowania o tym Wnioskodawcy”, czyli NIL.

Postawa CEM jest zaskakująca i zdaniem samorządowców nieuzasadniona, gdyż zgodnie z art. 7 ust. 2 u.d.i.p dostęp do informacji publicznej jest bezpłatny. Wprawdzie art. 15 przywołanej regulacji przewiduje wyjątek od tej ogólnej zasady nieodpłatności, ale zdaniem prezesa NRL Łukasza Jankowskiego taka sytuacja nie ma miejsca. W piśmie stanowiącym replikę na kolejną „odmowę/utrudnienie” CEM prezes NRL m.in. podniósł argument, że wyliczona przez CEM kwota nie poddaje się jakiegokolwiek weryfikacji. Trudno jest zrozumieć, dlaczego zamiana pliku z pytaniami i odpowiedziami z PES na skan PDF jest aż tak dla CEM skomplikowana, że wymaga wysokiej opłaty. ■■■

ORZECZENIA SĄDÓW LEKARSKICH

KARA PIENIĘŻNA: NIE WYSTARCZY ZAPŁACIĆ

Lekarz musi przelać dowód wpłaty do właściwej izby lekarskiej. W przeciwnym razie w rejestrze ukaranych będzie widniała informacja o niewykonaniu kary. A to może skutkować kolejnym deliktem dyscyplinarnym.



Grzegorz Wrona

sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej

Początkowo sądy lekarskie rzadko korzystały z możliwości orzekania kary pieniężnej. To się jednak zmieniło. W ostatnim czasie jest ona orzekana znacznie częściej. Mam nawet wrażenie, że nazbyt często. Przyczyną jest, jak sądzę, jej dolegliwość, choć kara jako taka nie eliminuje lekarza z możliwości wykonywania zawodu i nie stanowi ograniczenia w jego wykonywaniu.

KOMU I ZA CO GROZI

Karę pieniężną po ustaleniu winy sądy lekarskie orzekały w stosunku do lekarza w związku z zarzutami:

- zaniechania przeprowadzenia niezbędnej diagnostyki,
- potwierdzenia nieprawdy w postaci wystawienia kart szczepień, których nie wykonano,

- pełnienia obowiązków lekarza dyżurnego w stanie nietrzeźwości,
- ordynacji leków opioidowych w ilościach rażąco przekraczających dopuszczalne dawki,
- niewykonania prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego,
- wydawania zaleceń niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną bez badania pacjenta,
- dyskredytacji umiejętności i fachowości podległego personelu,
- udziału w odwróconym łańcuchu dystrybucji leków.

Kara pieniężna jest też najczęściej orzekana w związku z zaniechaniem płacenia składek członkowskich.

Jeśli chodzi o lekarzy dentystów, karę pieniężną sądy orzekają z powodu odmowy udostępnienia pacjentowi i następnie rzecznikowi dokumentacji medycznej, a także z tytułu zaniechania płacenia składek członkowskich.

NA POŻYTEK PUBLICZNY

Nałożoną prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karę pieniężną wykonuje sam lekarz. Jest ona orzekana na cel pożytku publicznego związany z ochroną zdrowia. Otrzymując prawomocne orzeczenie, lekarz dowiaduje się nie tylko o nazwie i adresie organizacji pożytku

publicznego, ale także o numerze konta, na który ma przelać pieniądze.

Wykonanie kary jest zatem proste. Niemniej, zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra zdrowia po uprawnieniu się orzeczenia sądu prezes okręgowej rady lekarskiej wzywa zarządzeniem lekarza do zapłaty na wskazany w orzeczeniu cel. Prezes przesyła odpis prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego organizacji społecznej, na rzecz której orzeczona została kara pieniężna. Rozporządzenie to, co warto podkreślić, wymaga aktualizacji.

ZNAJDZIEMY ROZWIĄZANIE

Przewodniczący sądu lekarskiego każde prawomocne orzeczenie przesyła prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, a orzeczone kary odnotowywane są w Rejestrze Ukaranych Lekarzy (RUL). I tu bardzo ważna informacja: wzmianka o orzeczonej karze pieniężnej jest usuwana z rejestru po trzech latach od jej wykonania, a nie od daty prawomocności orzeczenia. Usunięcie wzmianki nastąpi, o ile wiarygodna informacja o wykonaniu kary dotrze do rejestru. A dociera rzadko, gdyż lekarze nie zdają sobie sprawy z potrzeby przesłania dowodu wpłaty do izby lekarskiej. To przyczyna, dla której w RUL znajduje się nadal ponad 500 informacji o niewykonanej karze pieniężnej. Tymczasem niewykonanie kary w stosownym czasie jest kolejnym deliktem dyscyplinarnym, co może grozić wszczęciem kolejnego postępowania i docelowo orzeczenia przez sąd jeszcze bardziej dolegliwej kary.

Stwarza też kolejne kłopoty w razie innego prowadzonego postępowania. Sądy lekarskie, przygotowując termin rozprawy, a rejestry lekarzy, rozpatrując wnioski o przeniesienie pomiędzy izbami lub wydając zaświadczenia niezbędne do pracy poza granicami kraju, występują do RUL o wydanie informacji o niekaralności. A wzmianka o ukaraniu wyklucza wydanie oczekiwanych zaświadczeń. Może też utrudnić przeniesienie i może mieć duży wpływ na kolejne orzeczenie sądu, co miałem okazję obserwować w ostatnim czasie.

Dlatego zacytuję przepis ustawy: „rejestr jest jawny dla osób i podmiotów, które wykażą interes prawny”. Lekarz, którego wpis dotyczy, może ustalić, czy orzeczona wcześniej kara została zatarta. Jeśli nie, spróbujemy znaleźć rozwiązanie.

ROCZNE ROZLICZENIE

MAŻ I ŻONA MOGĄ ZAOSZCZĘDZIĆ SPORE KWOTY

Małżonkowie nie muszą już pozostawać w związku małżeńskim przez cały rok, by móc wypełnić wspólny PIT. Wystarczy, że ślub wzięli w grudniu ubiegłego roku.

Agata Zięba

Jeśli nawet lekarz lub lekarka zawarli związek małżeński pod koniec 2022 roku, nie ma przeszkód, by mogli się rozliczyć wspólnie z małżonkiem. Muszą tylko sprawdzić, czy takie rozliczenie jest dla nich opłacalne. Będzie, jeśli jedno z małżonków nie zarabia wcale (bo na przykład opiekuje się dziećmi) albo jedno z małżonków zarabia znaczne kwoty (powyżej progu podatkowego, czyli 120 tys. zł), zarobki drugiego są zaś niewielkie (poniżej tej kwoty). Wspólny PIT z reguły nie jest opłacalny wtedy, gdy zarobki małżonków są na podobnym poziomie.

PRZYKŁAD

Mąż zarabia 170 tys. zł, zarobki żony wynoszą zaś ok. 80 tys. zł rocznie. W tym wypadku wspólny PIT będzie opłacalny. To dlatego, że po zsumowaniu dochodów męża i żony (170 tys. + 80 tys. = 250 tys. zł) i podzieleniu przez dwa (250 tys. zł/2 = 125 tys. zł), okaże się, że podatek według stawki 32 proc. zapłaci tylko od nadwyżki ponad 120 tys. zł. Gdyby nie wspólne rozliczenie, mąż zapłaciłby 32-proc. podatek aż od 50 tys. zł (od nadwyżki dochodów powyżej 120 tys. zł).

KONIECZNE WARUNKI

By móc wypełnić wspólny PIT, małżonkowie muszą spełniać warunki określone

w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych. Pozostawanie w związku małżeńskim to tylko jeden z nich. Pozostałe to konieczność posiadania wspólności majątkowej. Jeśli więc małżonkowie są po ślubie już dłuższy czas, ale zdecydowali się w ubiegłym roku na jedną z umów modyfikujących ustrój wspólności majątkowej (np. intercyzę), nie będą mogli wypełnić wspólnego PIT.

Małżonkowie, by móc się razem rozliczać, muszą też podlegać obowiązkowi podatkowemu w Polsce.

Możliwość wspólnego rozliczenia uzależniona jest również od formy opodatkowania. Żaden z małżonków nie może być opodatkowany:

- podatkiem liniowym 19 proc.,
- ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych (z wyjątkiem najmu prywatnego),
- na zasadach wynikających z ustawy o podatku tonażowym lub ustawy o aktywizacji przemysłu okrętowego i przemysłów komplementarnych.

Część lekarzy może jeszcze korzystać - w ramach praw nabytych - z karty

podatkowej. Oni również nie mogą rozliczyć się wspólnie z małżonkiem.

Przeszkodą do złożenia wspólnego PIT nie będzie natomiast sytuacja, gdy jedno z małżonków prowadzi działalność gospodarczą opodatkowaną według skali podatkowej (czyli stawkami 12 i 32 proc.), pod warunkiem oczywiście że spełnione są pozostałe warunki (m.in. małżonkowie mają wspólność majątkową).

Ważną zmianą z punktu widzenia małżonków jest możliwość wspólnego rozliczenia nawet wtedy, gdy z PIT się spóźnią. Do niedawna w takiej sytuacji byli pozbawiani prawa do wspólnego rozliczenia. Czyli jeśli termin na złożenie PIT mijał 30 kwietnia i do tego dnia nie złożyli wspólnego PIT, musieli się rozliczać oddzielnie. Teraz takiego ograniczenia nie ma.

Dodatkowo w tym roku jest nieco więcej czasu na przygotowanie rocznego zeznania, bo 30 kwietnia wypada w sobotę, a poniedziałek to 1 maja. PIT trzeba zatem złożyć do 2 maja (dochodzi w myśl ordynacji podatkowej do przesunięcia terminu).

NAWET ZE ZMARŁYM

Wspólne rozliczenie PIT z małżonkiem możliwe jest również wtedy, gdy w trakcie roku doszło do zawarcia związku małżeńskiego, a przed złożeniem zeznania rocznego jeden z małżonków zmarł.

Skorzystanie ze wspólnego rozliczenia ze zmarłym małżonkiem wymaga wyboru na formularzu zeznania rocznego sposobu rozliczenia przewidzianego dla wdów oraz wdowców. W kolejnych sekcjach formularza powinien zostać uwzględniony dochód podatnika

w części „Dochody/straty podatnika”, jak również małżonka w części „Dochody/straty małżonka”. Jeśli małżonek chce uwzględnić ulgi, tj. ulgę na dziecko, rehabilitacyjną czy ulgę na internet, powinien dołączyć załącznik PIT/O.

Warto wiedzieć, że jeżeli wspólne rozliczenie ze zmarłym małżonkiem skutkuje nadpłatą podatku, będzie ona zwrócona małżonkowi, który złożył wspólne zeznanie, i będzie w całości do jego dyspozycji. Jeśli jednak rozliczenie skutkuje podatkiem do zapłaty, małżonek, który złożył wspólne zeznanie, jest zobowiązany do zapłaty należnego podatku w całości. Powinien to zrobić do 2 maja 2023 r. ■■■

**Małżonkowie
mogą się teraz
rozliczać wspólnie,
nawet jeśli PIT
złożą po terminie**

ROZMOWA



Nie ma jednej RECEPTY NA NISKI PODATEK

To, jak dużo trzeba zapłacić fiskusowi i czy warto zmieniać formę opodatkowania za ubiegły rok, zależy od indywidualnych kalkulacji. Każdy lekarz ma inną sytuację – mówi **Anna Misiak**, partner i doradca podatkowy w MDDP w rozmowie z Agatą Ziębą.

📌 Lekarz prowadzący działalność gospodarczą może płacić podatek według skali, 19-proc. stawkę liniową, zryczałtowany podatek albo kartę podatkową na zasadzie praw nabytych. Co jest najkorzystniejsze i w jakim przypadku?

Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna. Wszystko zależy od tego, czy lekarz prowadzący działalność gospodarczą jest w stanie wygenerować jakiegokolwiek koszty i czy są one na jakimś uzasadnionym poziomie. Każda z form opodatkowania różni się właśnie ze względu na możliwość odliczania kosztów podatkowych. Jeśli ktoś decyduje się na opodatkowanie według skali podatkowej albo na podatek liniowy, ma możliwość odliczenia kosztów i w ten sposób pomniejszenia swojego dochodu do opodatkowania.

📌 Czyli jeśli lekarz wynajmuje gabinet i ma np. samochód w leasingu, to stawka liniowa lub skala podatkowa jest dla niego bardziej opłacalna?

Tak. Oczywiście mówimy o ustaleniu dochodu do opodatkowania, bo ten finalnie przekłada się na podatki, jakie zapłacimy. Jeśli ktoś prowadzi działalność gospodarczą i współpracuje z inną placówką, czyli nie posiada własnego gabinetu, to prawdopodobnie nie ponosi takich kosztów jak działający w innej konfiguracji, czyli np. posiadający własny gabinet. Dla niego może się okazać, że bardziej opłacalny jest ryczałt, przy którym podatek generalnie nakładany jest na przychód.

Kolejną ważną kwestią, która się pojawia przy okazji rozliczeń i o której było bardzo dużo mówione, to składka zdrowotna. Można ją – w zależności od formy opodatkowania – albo częściowo odliczyć, albo nie, przy czym jej wysokość przy każdej formie jest inna. Tak czy inaczej, składka zdrowotna staje się dodatkowym podatkiem.

Może się okazać, gdy to wszystko się zsumuje, przykładowo przy wyborze podatku liniowego, gdy koszty nie będą znaczące, że nie jest to dobra forma opodatkowania w porównaniu na przykład z ryczałtem. Wszystko zależy oczywiście od poziomu przychodów, jakie uzyskuje się, prowadząc działalność gospodarczą. Zdarza się, że lekarze dokonują znacznych nakładów na swoje gabinety, więc mają bardzo duże koszty uzyskania przychodów. Wówczas, gdyby dodatkowo

chcieli się rozliczyć wspólnie z małżonkiem, to nawet skala podatkowa może się sprawdzić.

31 Zwłaszcza, że jest dosyć wysoka kwota wolna od podatku – 30 tys. zł.

W każdym przypadku trzeba by przeprowadzić kalkulację i przeanalizować osobistą sytuację, by wiedzieć, jaką formę opodatkowania wybrać. Decyzja ta, jeśli ktoś teraz rozpoczyna działalność, stoi przed nim. Dla tych, którzy już prowadzą działalność gospodarczą, jeśli chodzi o ten rok podatkowy, przy założeniu, że uzyskali już przychody i wystawili faktury – czas na wybór formy opodatkowania na 2023 r. już minął.

31 Ale jest możliwość wstecznej zmiany formy opodatkowania. Ustawodawca wyjątkowo pozwolił na to w ramach reformy Polskiego Ładu. Tylko tu jest ograniczony wybór, można przejść wyłącznie na skalę podatkową.

Jest to ewenement. Takiego rozwiązania do tej pory nie mieliśmy. Do 2 maja br. osoby prowadzące działalność gospodarczą mogą podjąć decyzję o zmianie formy opodatkowania za rok 2022. Ta opcja pozwala na decyzję tylko w jednym kierunku: jeśli ktoś rozliczał się podatkiem liniowym lub ryczałtem i uznał, że to nie było korzystne rozwiązanie, może wybrać za 2022 r. skalę podatkową. Niestety nie ma innej możliwości, tzn. nie można przejść z ryczałtu na podatek liniowy i odwrotnie. Nie można też przejść ze skali na podatek liniowy lub ryczałt. Droga jest tylko w jedną stronę.

Aby podjąć decyzję o zmianie formy opodatkowania, ponownie konieczna jest kalkulacja i weryfikacja przychodów i kosztów. Często zdarza się, że osoby, które wybrały ryczałt, nie dysponują fakturami kosztowymi, o których zwyczajnie mogły zapomnieć, by je gromadzić. Takie faktury są potrzebne, by policzyć, co im się bardziej opłaca i czy warto zastanawiać się nad zmianą tej formy na skalę za ubiegły rok. Przy skali można odliczyć koszty.

Oczywiście zmiana formy opodatkowania za ubiegły rok nie wpływa na formę opodatkowania wybraną dla tego roku.

31 Trzeba oczywiście pamiętać, że gdybyśmy się zdecydowali zmienić formę opodatkowania, czeka nas sporo komplikacji, bo przy

ryczałcie nie musimy prowadzić podatkowej książki przychodów i rozchodów, a przy skali trzeba byłoby ją założyć wstecznie.

Tak. Konieczne jest zaprowadzenie książki przychodów i rozchodów.

Kłopotliwe będą również składki na ubezpieczenie zdrowotne, bo trzeba będzie je po prostu inaczej policzyć, a przy skali podatkowej składki odliczyć nie możemy w żadnej części. Przy ryczałcie mamy możliwość odliczenia 50 proc. zapłaconych składek zdrowotnych, przy podatku liniowym również możemy odliczyć składki – obowiązuje limit kwotowy. Więc to też trzeba wziąć pod uwagę. Dopiero wtedy się okaże, czy finalna kalkulacja i porównanie dwóch metod rozliczenia rocznego podatku za 2022 rok w kontekście ewentualnych zmian formy opodatkowania będzie rzeczywiście miało sens. Jak wspomniałam sytuacja każdego podatnika jest inna.

31 Nie ma jednej recepty?

Nie ma. Może się okazać, że ktoś ma bardzo duże koszty, dzięki czemu będzie miał bardzo niski dochód do opodatkowania albo nawet stratę.

31 Żeby zmienić wstecznie formę opodatkowania, gdyby się okazało, że ktoś jest tym jednak zainteresowany, nie trzeba dopełniać żadnych szczególnych formalności, wystarczy złożyć do 2 maja właściwy PIT?

Nie ma żadnych formalności, wystarczy złożyć PIT-36 i tam zadeklarować przychody i koszty z działalności gospodarczej. Wybierając ten formularz, informujemy urząd skarbowy o tym, że za ubiegły rok forma opodatkowania została zmieniona. Ważne, aby nie składać PIT-28 czy PIT 36L, jeśli nadal myśli się o zmianie formy opodatkowania na skalę podatkową za 2022 r.

31 Porozmawiajmy jeszcze o lekarzach, którzy płacą ryczałt ewidencjonowany, bo pewnie tacy są i może się okazać, że u niektórych zajdzie konieczność dopłaty składki za ubiegły rok. ZUS informował, że jeśli jest dopłata składki, trzeba płacić odsetki za zwłokę. Ale przecież podatnicy nie zrobili nic złego.

Moim zdaniem byłaby to kuriozalna sytuacja, gdyby wyszło na przykład, że

ktos musi zapłacić odsetki, tylko dlatego że przewidywał, że jego przychody za 2022 będą na innym poziomie, i płacił na początku roku składkę niższą, a po przekroczeniu progu przychodowego zaczął płacić wyższą składkę.

Trzeba rozróżnić dwie sytuacje. ZUS już pozwolił sobie na wyjaśnienia. Jeśli ktoś opierał się na swoich przychodach

za 2021 r. i finalnie po rozliczaniu rocznym za rok 2021, gdy okazało się, że jego przychody za rok 2021 były wyższe, niż zadeklarował, był zobowiązany do korekty dokumentów ubezpieczeniowych i wskazania wyższej podstawy składek. Jeśli tego nie zrobił i kontynuował opłacanie składek na poprzednim poziomie, rozliczając

składki za 2022 r., będzie zobowiązany do ich dopłaty z odsetkami, gdyż nieprawidłowo ustalił podstawę wymiaru składek. Natomiast jeśli ktoś rozpoczął dany rok i opierał się na faktycznych przychodach z ubiegłego roku, a przychody w 2022 okazały się wyższe, będzie zobowiązany do dopłaty składek bez odsetek. Nie w każdym zatem przypadku odsetki muszą się pojawić. Generalnie przy rozliczaniu składek zdrowotnych za ubiegły rok można mieć nieodparte wrażenie, że tak skomplikowano przepisy, iż trudno się w nich odnaleźć.

31 Powiedzmy jeszcze na koniec o ulgach, bo one mogą być istotne przy podejmowaniu decyzji, czy na przykład wrócić z ryczałtu na skalę. Są jakieś ulgi, które mogą być atrakcyjne dla lekarzy?

Moim zdaniem podstawowym przywilejem jest możliwość rozliczenia wspólnie z małżonkiem bądź jako rodzic samotnie wychowujący dziecko. I to może być bardzo ważne dla wielu podatników. Mamy bowiem inny sposób liczenia zobowiązania podatkowego.

Mamy też możliwość skorzystania z ulgi na dziecko bądź na dzieci w ogóle – czego nie ma przy ryczałcie czy przy podatku liniowym. To są istotne rozwiązania podatkowe, które także trzeba wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o wyborze właściwej formy opodatkowania za 2022 r.

W każdym przypadku trzeba przeprowadzić kalkulację i przeanalizować osobistą sytuację, by wiedzieć, jaką formę opodatkowania wybrać

Biuletyn

NR 2 (217)

WARSZAWA, III 2023

Paweł Doczekalski Redaktor Naczelny

UCHWAŁA Nr 8/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 marca 2023 r.
w sprawie określenia sposobu
przeprowadzania dyskusji
i głosowania za pomocą środków
porozumiewania się na odległość
w sprawach wymagających podjęcia
uchwały lub zajęcia stanowiska
pomiędzy posiedzeniami Prezydium
Naczelnej Rady Lekarskiej

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

UCHWAŁA Nr 9/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 marca 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 10/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 marca 2023 r.
w sprawie realizacji uchwał,
stanowisk i apeli XV Krajowego
Zjazdu Lekarzy oraz wniosków
złożonych przez delegatów

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

UCHWAŁA NR 11/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 10 marca 2023 r.
w sprawie zobowiązania
Koordynatora Konwentu Prezesów
Okręgowych Rad Lekarskich do
przygotowania projektu regulaminu
działania Konwentu

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

11 ALGORYTMY W PEDIATRII

Redakcja czasopisma „Klinika Pediatriczna” zaprasza na szkolenie „11 Algorytmy w Pediatrii”, które odbędą się w dniach **21-22 kwietnia 2023 r.** Kardiologię dziecięcą reprezentować będzie zespół z Instytutu - Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka pod przewodnictwem prof. Lidii Ziółkowskiej. Algorytmy w hepatologii przybliży prof. Irena Jankowska, problemy w cukrzycy prof. Agnieszka Szypowska, a nowości kalendarza szczepień dr Paweł Grzesiowski.

Przedstawione zostaną także problemy tak ważne dla pediatrii jak

onkologematologia, o której opowie dr Marek Karwacki, celiakia (prof. Bożena Cukrowska), choroba wrzodowa (dr Tomasz Pytrus), pęcherzowe odwarstwianie naskórka (dr Katarzyna Wertheim-Tysarowska).

Odrębna sesja pod opieką prof. Ireny Waleckiej poświęcona zostanie dermatologii. Nie zabraknie też chorób rzadkich, które przybliży dr Dariusz Rokicki, dr Izabela Michałus oraz lek. Dorota Korycińska-Chaaban. Diagnostykę genetyczną przedstawią dr Antoni Pyrkosz i dr n. biol. Robert Szymańczak. Poruszona zostanie także tematyka profilaktyki zarówno podróży w dalekie kraje (dr Anna Kuna), jak i profilaktyki próchnicy (lek. dent. Katarzyna Mosiej, która zaprosi na warsztaty). Po każdej sesji tematycznej wykładowcy odpowiedzą na wszystkie pytania, a uczestnicy wezmą udział w merytorycznym quizie.

KLINIKA 30 LAT
PEDIATRYCZNA



**11 Algorytmy
w Pediatrii**
KLINIKI PEDIATRYCZNEJ
21-22 IV 2023

Każdy z uczestników szkolenia otrzyma imienny certyfikat Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz specjalne wydanie czasopisma „Klinika Pediatriczna”, zawierające poruszane tematy w formie artykułów poglądowych.

Organizatorzy zapraszają młodych lekarzy, rezydentów i wszystkich praktykujących lekarzy.

Konferencja odbędzie się w hotelu BOSS przy ul. Żwanowieckiej 20 w Warszawie.

Więcej szczegółów: www.klinika.com.pl

PATRONATY

STULECIE POLSKIEGO ARCHIWUM MEDYCyny WEWNĘTRZNEJ

Najwyżej punktowane polskie czasopismo medyczne „Polish Archives of Internal Medicine” („Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”) kończy sto lat. Oficjalne obchody stulecia rozpoczną się 21 kwietnia 2023 r. podczas dorocznej konferencji „Interna” organizowanej w Krakowie przez Towarzystwo Internistów Polskich (TIP) we współpracy z wydawnictwem Medycyna Praktyczna. Towarzyszyć im będzie premiera filmu na temat historii czasopisma i jego aktualnej pozycji. A jest o czym opowiadać! Pierwszy numer „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, oficjalnego organu powstałego w 1906 r. TIP, ukazał się w 1923 r. Od 2006 r. jego wydawcą jest Medycyna Praktyczna, a czasopismo wzbogaciło się o stronę internetową, elektroniczny system zgłaszania

i recenzowania artykułów zintegrowany z automatycznym systemem antyplagiatowym, a także o wersje anglojęzyczne tekstów z kolorowymi rycinami. W 2012 r. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” otrzymało pierwszy współczynnik oddziaływania (*impact factor*, IF) 1,367, który cały czas rośnie. Aktualny IF wynosi 5,218, co sprawia, że miesięcznik jest obecnie najlepszym czasopismem medycznym wydawanym w Polsce. Pozostałe mogą pochwalić się IF nie przekraczającym 4. Czasopismo, od 2017 r. używające angielskiej wersji tytułu, funkcjonuje tylko w formie cyfrowej, w otwartym dostępie. Autorami większości tekstów oryginalnych są Polacy, natomiast zagraniczni eksperci piszą głównie artykuły poglądowe oraz edytoriale komentujące zwykle dwa

POLISH ARCHIVES OF
Internal Medicine

POLSKIE ARCHIWUM MEDYCyny WEWNĘTRZNEJ

artykuły w numerze. Polskiej Radzie Naukowej, której przewodniczącymi w przeszłości byli m.in. prof. Andrzej Szczeklik i prof. Franciszek Kokot, obecnie przewodniczy prof. Andrzej Januszewicz. Radą międzynarodową kieruje prof. Roman Jaeschke z McMaster University w Kanadzie.

– Czasopismo nadal ma w nazwie „polski” i radzi sobie bardzo dobrze na coraz bardziej konkurencyjnym międzynarodowym rynku wydawniczym. Głęboko wierzę w to, że przy tak małych nakładach na naukę działalność naukowa w Polsce ma wymiar nieco heroiczny i jednak patriotyczny – mówi prof. Anetta Undas, redaktor naczelna czasopisma od 2008 r., kierownik Zakładu Chorób Zatorowo-Zakrzepowych Instytutu Kardiologii Collegium Medicum UJ.

ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA PEDIATRYCZNEGO W GDAŃSKU



Przez trzy dni, od 15 do 17 czerwca 2023 r., Gdańsk będzie stolicą polskiej pediatrii. W mieście Neptuna odbędzie się XXXVII Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, który stanie się okazją do bezpośrednich spotkań po dwuletniej przerwie spowodowanej pandemią. Podczas zjazdu, na którym spodziewanych jest ponad tysiąc gości, wybrany zostanie nowy prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, a podczas Walnego Zebrania Delegatów wytyczone najważniejsze kierunki rozwoju pediatrii w Polsce na kolejne dekady.

Dla uczestników przygotowano wiele atrakcji naukowych, w tym 30 sesji plenarnych, sesje satelitarne, warsztaty i kursy doskonalące, spotkania z ekspertami oraz

dyskusje. Tematyka wykładów jest zróżnicowana – od stanów nagłych w pediatrii, przez genetykę, pulmonologię, wakcynologię, po omówienie nowoczesnego podejścia do chorób mięśnia sercowego w kardiologii dziecięcej w świetle aktualnych rejestrów. Zaplanowano także spotkania z ekspertami – o prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego u dzieci opowie dr prof. Aneta Gawlik, prof. Krzysztof Narkiewicz, prof. Jerzy Stańczyk i prof. Bożena Werner, z kolei o schorzeniach wątroby u dzieci – prof. Irena Jankowska, prof. Anna Liberek, prof. Joanna Pawłowska i prof. Piotr Socha. Trudne tematy dotyczące szczepień poruszą dr hab. Hanna Czajka, prof. Teresa Jackowska oraz prof. Jacek Wysocki.

Inauguracja zjazdu odbędzie się w czwartek 15 czerwca w Polskiej Filharmonii Bałtyckiej od wystąpień organizatorów: prof. Barbary Kamińskiej oraz prof. Jarosława Peregud-Pogorzelskiego, a wśród tematów wykładów inauguracyjnych są „Wady wrodzone człowieka w sztuce i w przesądach” prof. Janusza Limona oraz „Co COVID-19 mówi o naturze człowieka” dr hab. Tomasza Smiatacza.

Zjazd będzie miał charakter interdyscyplinarny. Organizatorzy zapewniają, że wszystkie aktywności merytoryczne będą miały na celu przekazanie wiedzy niezbędnej w praktyce klinicznej. Wykłady poprowadzą uznani i znakomici specjaliści w dziedzinie pediatrii. Szczegółowe informacje na stronie: www.zjazdpediatrow.pl.

STOMATOLOGIA

**Paweł Barucha**

wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów

MAŁE GABINETY ZAOSZCZĘDZĄ

W gąszczu przepisów, zwłaszcza w tych najnowszych, nakładanych na nas w ramach realizacji dyrektyw Unii Europejskich, gubią się prawnicy, a co dopiero lekarze, którzy na co dzień zajmują się leczeniem, a nie śledzeniem aktów prawnych. Korzystają na tym firmy, które usiłują zarobić nie tyle na naszej niewiedzy, co na naszym permanentnym braku czasu.

Tak oto wielu lekarzy dentystów prowadzących gabinety stomatologiczne w ostatnich tygodniach znalazło w skrzynce informację, że prócz opłat za wywóz odpadów medycznych, muszą opłacić także doradcę ADR (od „L' Accord européen relatif au transport international des marchandises Dangereuses par Route”, czyli z francuskiego „umowa europejska dotycząca międzynarodowego przewozu towarów niebezpiecznych”). Ja sam, podobnie jak wielu kolegów, dowiedziałem się od firmy wywożącej odpady, że usługa takiego doradcy będzie mnie kosztowała miesięcznie 40 zł plus VAT, czyli 480 zł plus VAT rocznie.

Firma uzasadniała potrzebę zatrudnienia doradcy powołując się na umowę europejską oraz ustawę z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych. Ale że w głowie zapaliła mi się czerwona lampka, przekazałem sprawę do analizy prawnikowi współpracującemu z Naczelną Izbą Lekarską. I co się okazało?

Otóż doradca jest potrzebny, ale tylko w przypadku, gdy masa wywożonych odpadów medycznych przekracza 333 kg. W przypadku przekazania do transportu odpadów o masie do 333 kg można skorzystać z „ulgowego” ADR opisanego w prostej instrukcji pakowania P621.

FINANSOWANIE

BEZ DODATKOWYCH ŚRODKÓW NIEWIELE DA SIĘ ZMIENIĆ

Nakłady na leczenie stomatologiczne powinny zostać zwiększone co najmniej do 4 proc. budżetu NFZ, jakie obowiązywały do 2008 r. – uważają członkowie Rady ds. rozwoju stomatologii przy ministrze zdrowia.

Redakcja

Zbyt małe nakłady na opiekę stomatologiczną powodują stałe zmniejszanie się liczby lekarzy pracujących w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Planowane zmiany wyceny i wzrost o 400 mln zł w 2023 r. będzie stanowić niewiele ponad 2 proc. ogólnego budżetu NFZ. Tymczasem potrzebny jest stały wzrost tak, by osiągnąć poziom 4 proc. – podkreślają członkowie Rady ds. rozwoju stomatologii przy ministrze zdrowia, która działa od 16 września 2022 r.

PRZETARCIE SZLAKU

Rada, będąca ciałem doradczym ministra zdrowia, ma rekomendować korzystne zmiany w kształceniu przed- i podyplomowym lekarzy dentystów i innych zawodów związanych ze stomatologią oraz w praktyce lekarzy dentystów.

W sprawozdaniu za pierwsze półrocze działalności Paweł Barucha, przewodniczący Rady i wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, podkreśla, że szybka poprawa sytuacji finansowej jest niezbędna, aby zyskać czas potrzebny na skuteczne zajęcie się stomatologią.

Już we wrześniu Rada we współpracy z konsultant krajową w dziedzinie protetyki stomatologicznej prof. Teresą Sierpińską zarekomendowała, by Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zmieniła wycenę wśród świadczeń stomatologicznych, których jest najmniej, bo zaledwie siedem. Uchwałę nr 1 w tej sprawie, podjętą 14 października 2022 r., członkowie Rady potraktowali jako „przetarcie szlaku”, dlatego niepokoi ich opóźnienie w retaryfikacji procedur, która miała zostać ukończona do końca 2022 r.

POPRAWIĆ LECZENIE NIEPEŁNOSPRAWNYCH

W listopadzie zespół dyskutował o wciąż niedokończonych kartach procesu zdrowotnego. Dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia Michał Dziegielewski zadeklarował procedowanie zaległych kart w jednym pakiecie i jednym procesie legislacyjnym, a na kolejnym posiedzeniu potwierdził przekazanie całej „paczki” zaległych procedur do AOTMiT.

Z kolei w styczniu Rada pochyliła się nad problem leczenia pacjentów z niepełnosprawnościami oraz nowotworami twarzoczaszki. Chociaż, zgodnie z prawem, pacjenci po ukończeniu 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym i dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą skorzystać z leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym, wciąż brakuje miejsc, w których mogą uzyskać taką pomoc.

- Rodzice i opiekunowie osób z niepełnosprawnościami regularnie skarżą się na brak możliwości skorzystania z leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym na koszt NFZ. Zmuszeni są korzystać z usług prywatnych, które często przekraczają ich możliwości finansowe i które również są trudno dostępne. Kiedy interweniuje u urzędników, słyszymy, że placówki świadczące takie usługi w ramach NFZ wypisane są na stronie internetowej Funduszu. To prawda, ale jest ich tak mało, że dostanie się do którejś z nich graniczy z cudem - mówi przewodniczący Rady Paweł Barucha. Jego zdaniem ośrodki gwarantujące świadczenia stomatologiczne w ramach NFZ powinny powstać przy każdym szpitalu wojewódzkim.

- Żeby znieczulenie ogólne było w 100 proc. bezpieczne, powinno odbywać się w warunkach szpitalnych. Uważam, że przy każdym ośrodku pediatrycznym w województwie należy stworzyć możliwość leczenia dzieci z niepełnosprawnościami, a przy szpitalu wojewódzkim - dorosłych osób powyżej 16. roku życia. Do leczenia pacjentów z niepełnosprawnościami powinno się także wykorzystać dentobusy tak, by to nie pacjent z trudnościami musiał jechać do placówki leczniczej, ale by zapewnić mu leczenie w miejscu zamieszkania. To szczególnie ważne dla osób z niepełnosprawnością, które mieszkają na wsiach czy w małych miasteczkach - mówi Paweł Barucha.

REFUNDOWANE IMPLANTY DLA CHORYCH NA RAKA

Kolejnym problemem jest brak pełnego finansowania leczenia implantoprotetycznego pacjentów z chorobą nowotworową w obrębie twarzoczaszki. Dziś osoby, które z powodu choroby czy inwazyjnego leczenia tracą zęby, w większości same płacą za drogie leczenie. Zdaniem Rady, powinno ono być refundowane ze środków NFZ.

Ostatnie posiedzenie Rady, zorganizowane 24 lutego 2023 r., niemal w całości poświęcono perspektywom realizacji nowego standardu kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym, o których opowiedział prof. Tomasz Konopka, przedstawiciel Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, prodziekan ds. kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Do głównych założeń nowego standardu należy poszerzenie części stomatologicznej



Pacjenci, którzy z powodu choroby czy inwazyjnego leczenia tracą zęby, w większości sami płacą za drogie leczenie

zająć przedklinicznych w warunkach symulacji medycznej, zmniejszenie bloku nauk morfologicznych i podstawowych na korzyść zajęć praktycznych, a także tworzenie wielospecjalistycznych modułów edukacyjnych sprofilowanych na stomatologię.

W Uchwale nr 3 Rada zawnioskowała do ministra zdrowia o usunięcie w projekcie rozporządzenia Ministerstwa Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie ws. standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, punktu H.U43 w załączniku 2. Mówi on, że absolwent powinien potrafić samodzielnie pobrać materiał do badania histopatologicznego i cytologicznego z jamy ustnej.

Z kolei w uchwale nr 2 znalazł się wniosek do ministra zdrowia i prezesa NFZ o ujednolicenie wyceny pakietów dotyczących badania lekarskiego stomatologicznego i periodontologicznego oraz badania lekarskiego kontrolnego i kontrolnego periodontologicznego.

Jak tłumaczy Paweł Barucha, pół roku działalności Rady pozwoliło zapoczątkować uporządkowanie spraw dotyczących stomatologii.

- Konieczne są dalsze zmiany w wycenie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, tak zabezpieczyć ich dostępność dla pacjentów. - Kształcenie przed - i podyplomowe również musi być dostosowane do współczesnych wymagań. Szeroki skład zespołu pozwala na zajęcie się każdym aspektem funkcjonowania stomatologii w Polsce - podsumowuje wiceprezes NRL i przewodniczący Rady.

WYPALENIU MOŻNA ZAPOBIEC

Jeden na trzech lekarzy zmaga się z przewlekłym lękiem i stresem wynikającymi z wypalenia zawodowego. Szkolenie COBiK NIL uczy, jak je rozpoznać i jak sobie z nim poradzić.

Lucyna Krysiak redaktorka

Jak radzić sobie z sytuacjami trudnymi emocjonalnie w kontekście pracy zawodowej? Jak powstają zaburzenia lękowe i jak napięcie wpływa na różne obszary zdrowia? Te i wiele innych zagadnień dotyczących stresu i wypalenia zawodowego poruszy Joanna Zawadowska, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna i wykładowczyni na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, podczas warsztatów stacjonarnych „Radzenie sobie z lękiem, stresem i profilaktyka wypalenia zawodowego”, które odbędą się 19 kwietnia 2023 r. w Ośrodku Kształcenia działającym w strukturze Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBiK NIL).

Szacuje się, że problemy związane z wypaleniem zawodowym odczuwa jeden na trzech lekarzy. Skala zjawiska nie jest do końca poznana, bo objawy zespołu wypalenia zawodowego mogą być związane nie tylko z przewlekłym stresem w pracy, ale przejawiać się w np. w uczuciu wyczerpania, braku sprawczości i energii czy drażliwości, nie zawsze dostrzegalnych na pierwszy rzut oka. Lekarze, mający na co dzień kontakt z chorobą, ludzkim cierpieniem, śmiercią, są szczególnie narażeni na wypalenie. Nie bez znaczenia jest też przeciążenie pracą, a także działanie pod presją czasu i biurokratycznych przepisów.

NIEREALISTYCZNE OCZEKIWANIA

– Ryzyko wypalenia zawodowego dotyczy także pielęgniarek, nauczycieli, psychoterapeutów czy pracowników socjalnych, a więc zawodów „służebnych”, których istotą jest pomoc drugiemu człowiekowi. Przyczynia się do niego praca w ciągłej mobilizacji, pod presją czasu i w warunkach



nierealistycznych oczekiwań – tłumaczy Joanna Zawadowska. I dodaje, że do pewnego nasilenia stres może być mobilizujący – to eustres, czyli stres pozytywny. Jeśli jednak zostaje przekroczona granica nadmiaru pobudzenia i to pobudzenie trwa zbyt długo, następuje dystres, czyli stres negatywny.

W wyzwoleniu pozytywnej motywacji pomagają odpowiednie interpretacje poznawcze sytuacji, które nadają znaczenie bodźcowi stresowemu jako wyzwaniu, a nie zagrożeniu. W zależności od tego, jak dana jednostka interpretuje i przetwarza wydarzenia – tak będzie sobie radzić.

– Wypalenia zawodowego nie można mylić z przemęczeniem pracą, kiedy wystarczy wyjechać na dobry urlop i zregenerować siły. Trudno się wyleczyć z wypalenia, które objawia się m.in. irytacją, rozdrażnieniem, chronicznym zmęczeniem, negatywnym

nastawieniem, brakiem motywacji do pracy oraz niechęcią do pojawiania się w miejscu pracy – ostrzega psychoterapeutka. I dodaje, że w późniejszych stadiach mogą wystąpić stany depersonalizacji, czyli poczucia „odklejenia” od własnego ja, a także myśli i próby samobójcze. W ostatnim stadium często pojawiają się problemy wtórne, np. z alkoholem czy rozpad rodziny.

ROZMOWA I KOMUNIKACJA KLUCZEM DO PROFILAKTYKI

Warsztaty mają nauczyć lekarzy, jak rozpoznać zagrożenie i radzić sobie z czynnikami ryzyka, które je wywołują, czyli lękiem i stresem.

– Jako psychoterapeutka w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Lekarzy i Studentów Medycyny na co dzień stykam się z problemami, u podłoża których leży frustracja systemowa. To sprawy związane z mobbingiem, molestowaniem seksualnym w pracy, trudną komunikacją w zespole medycznym, paternalistycznymi stosunkami, a także niedogodnościami systemowymi, które powinny być rozwiązane z poziomu resortu zdrowia – mówi Joanna Zawadowska. Dodaje, że profilaktyka wypalenia zawodowego zaleca dbałość o opartą na szacunku otwartą komunikację w zespole, możliwość przedyskutowania pojawiających się problemów, zwiększenie poczucia kontroli u pracowników oraz możliwość wyrażania swoich emocji, a nie odcinania się od nich, co może prowadzić do odrętwienia emocjonalnego. Ważne jest także dbanie o rodzinę, przyjaciół, a także o hobby. – Chodzi o to, aby wyznaczać realistyczne cele, strukturalizować czas z zachowaniem higieny stylu życia i dbać o urozmaicenie zadań, które zbalansują obciążenia zawodu lekarskiego – podsumowuje Joanna Zawadowska.

Kalendarium szkoleń organizowanych przez Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej



Ośrodek Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej ma przyjemność przedstawić kolejny miesiąc pełen szkoleń organizowanych z myślą o naszych Uczestnikach!

Poza szkoleniami w formie on-line, które znacząco przeważają w naszej ofercie, zachęcamy również do korzystania ze szkoleń stacjonarnych, które odbywają się w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Jednym ze szkoleń stacjonarnych w kwietniu jest szkolenie pt.: "Radzenie sobie z lękiem, stresem i profilaktyka wypalenia zawodowego" które poprowadzi Joanna Zawanowska - certyfikowana psychoterapeutka.

Kwietniowy kalendarz szkoleń:

- **04.04.2023** - *Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu*
- **05.04.2023** - *Sen lekarza - zaburzenia snu*
- **06.04.2023** - *EDM i Zdarzenia Medyczne; SOID – System Obsługi Importu Docelowego; SeR – System e-Rejestracji centralnej*
- **11.04.2023** - *Lekarz przed prokuratorem i sądem jako świadek, pokrzywdzony i podejrzany/oskarżony*
- **12.04.2023** - *Zapewnienie wysokojakościowych świadczeń telemedycznych w obowiązującym stanie prawnym ze szczególnym uwzględnieniem teleporad*
- **12.04.2023** - *Zarządzanie jednoosobową działalnością gospodarczą przez lekarzy*
- **13.04.2023** - *Mobbing – rozumienie, rozróżnianie i przyczyny*
- **18.04.2023** - *Komunikacja lekarz-pacjent w hybrydowym modelu opieki medycznej*
- **18.04.2023** - *Jakie lekarz ma uprawnienia w postępowaniu dyscyplinarnym i w innych postępowaniach przed izbą lekarską?*
- **19.04.2023** - *Radzenie sobie z lękiem, stresem i profilaktyka wypalenia zawodowego*
- **20.04.2023** - *Zdrowie w miernikach, aktualna sytuacja zdrowia populacji kraju. Jak rozumieć dane zdrowotne?*
- **21.04.2023** - *Zarządzanie relacjami interpersonalnymi w podmiocie leczniczym*
- **24.04.2023** - *RODO w telemedycynie*
- **25.04.2023** - *Wypracowywanie i zarządzanie projektami, metodami oraz innowacjami w sferze ochrony i promocji zdrowia finansowanym ze środków Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Funduszy Europejskich na lata 2021-2027*
- **27.04.2023** - *Czas pracy lekarza/ lekarza dentysty i dyżury medyczne – co każdy lekarz powinien wiedzieć?*



szkolenia@nil.org.pl



(22) 559 13 10



ROZMOWA



W stanach nagłego ZAGROŻENIA ZDROWIA I ŻYCIA

Dyrektorzy szpitali nie zawsze rozumieją czym są oddziały ratunkowe i dlaczego powinni w nich pracować specjaliści medycyny ratunkowej – mówi prof. **Adam Nogalski**, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej w rozmowie z Lucyną Krysiak.

1 Kiedy do akcji wkracza medycyna ratunkowa?

Z definicji medycyna ratunkowa to dziedzina, która zajmuje się nagłymi stanami zagrożenia zdrowia i życia. W zależności od okoliczności jest więc obecna wszędzie tam, gdzie dzieje się coś nieprzewidzianego, gwałtownego, nieoczekiwanego

– wypadki, katastrofy, działania wojenne, ale też zawały serca, udary mózgu i choroby, w których doszło do zaostrzenia, a ich przebieg bez właściwej pomocy medycznej w krótkim czasie prowadzi do poważnych następstw zdrowotnych czy nawet do śmierci. Zatem w odróżnieniu od innych

zagrożeń zdrowotnych medycyną ratunkową determinuje nagłość zdarzeń i presja czasu.

2 Czy w związku z tym specjalność ta różni się od innych, jeśli chodzi o kształcenie specjalizacyjne?

W znacznym stopniu. Kształcenie specjalizacyjne lekarzy medycyny ratunkowej jest ukierunkowane na zdobywanie kompetencji ratowania ludzkiego życia w stanach nagłych, czasem w sytuacjach ekstremalnych, które wymagają od lekarzy rozległej wiedzy medycznej, zawierającej elementy wielu specjalności (np. anestezjologia, chirurgia, ortopedia, interna), oraz pewnych predyspozycji psychicznych i sprawności fizycznej. Umiejętność szybkiego postawienia trafnej diagnozy i podjęcia właściwego leczenia ratunkowego pod presją czasu to szczególne kompetencje nabywane w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej. W medycynie ratunkowej chodzi o to, aby wykształcić personel lekarski zdolny do udzielenia pomocy pacjentom, których życie lub zdrowie jest w nagłym zagrożeniu, niezależnie od przyczyny.

3 Jaka jest struktura organizacyjna medycyny ratunkowej?

Wydzielone są dwa obszary: medycyna ratunkowa przedszpitalna i część szpitalna. Ta pierwsza obejmuje zaopatrzenie pacjenta w miejscu zdarzenia lub zachorowania, ustabilizowanie jego funkcji życiowych, wdrożenie odpowiedniego leczenia i jak najszybsze przetransportowanie do szpitala, gdzie może być udzielona ostateczna pomoc. Część szpitalna to Szpitalne Oddziały Ratunkowe, które decydują o zachowaniu ciągłości tzw. łańcucha przeżycia, podjęciu diagnostyki i leczenia determinującego dalsze losy chorych. Tu najbardziej widoczne jest, jak medycyna ratunkowa różni się od innych specjalizacji lekarskich, które w szerszym lub węższym stopniu zawsze są ukierunkowane na konkretną chorobę. Specjalista medycyny ratunkowej musi uwzględniać przekrój zagrożeń zdrowotnych z różnych dyscyplin medycznych.

4 Czyli lekarz medycyny ratunkowej to taki medyczny omnibus?

By móc nieść pomoc poszkodowanym w nagłych zdarzeniach, na pewno trzeba mieć szeroką wiedzę z różnych specjalności medycznych. Jednak na skuteczność tych działań ma wpływ wiele czynników

– nie tylko kwalifikacje personelu medycznego, ale także możliwości optymalnego wykorzystania czasu, który upływa nieubłagane od chwili wystąpienia zagrożenia. W warunkach przedszpitalnych mogą decydować np. trudna dostępność do poszkodowanych, pogoda, możliwości szybkiego transportu chorych do właściwego szpitala i przekazania ich personelowi SOR. Należy zaznaczyć, że to właśnie te oddziały są najważniejszym ogniwem medycyny ratunkowej. To właśnie tam odbywa się pełna diagnostyka i zasadnicze leczenie ratunkowe. Niestety, w Polsce różnią się one poziomem, głównie jeśli chodzi o dostępność specjalistów medycyny ratunkowej. Niektóre z nich są oddziałami ratunkowymi tylko z nazwy. Zarówno profil tam leczonych pacjentów, jak i kompetencje personelu medycznego nie spełniają kryteriów, które obowiązują na całym świecie.

Od czego to zależy?

Od wielu czynników, na pewno nie od wielkości placówki, dlatego twierdzenie, że oddziały ratunkowe w powiatowych szpitalach nie spełniają kryteriów, jest nadużyciem. Są duże szpitale kliniczne, w których SOR-y także nie spełniają kryteriów. Jeśli w oddziale ratunkowym nie ma ani jednego lekarza specjalisty medycyny ratunkowej, trudno oczekiwać, że taki oddział będzie prawidłowo funkcjonował, mimo że jest dobrze wyposażony w sprzęt. Wiele zależy od dyrektorów szpitali, którzy nie zawsze rozumieją, czym są oddziały ratunkowe i dlaczego powinni w nich pracować specjaliści medycyny ratunkowej. W Polsce wciąż pokutują stare przepisy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dopuszczające do pracy w systemie lekarzy innych specjalizacji, tzw. lekarzy systemu. Współczesna medycyna, aby była skuteczna, celowo została podzielona na specjalizacje po to, by internista nie operował np. zapalenia wyrostka, a chirurg nie leczył np. zawału mięśnia sercowego. Tym zasadom przeczy zatrudnianie lekarzy innych specjalizacji w SOR. To nieprorozumienie.

Jaki jest obecnie stan medycyny ratunkowej w Polsce?

Na pewno nie brakuje sprzętu, gorzej z kadrą. Brakuje specjalistów medycyny ratunkowej i nie ma zachęty dla młodych lekarzy, by wybierali tę trudną specjalizację. Praca lekarza medycyny ratunkowej jest specyficzna, obciążająca i wyczerpująca

i powinna być odpowiednio wynagradzana. Wielu lekarzy przerywa specjalizację z medycyny ratunkowej, wybierając łatwiejszą ścieżkę zawodową w ramach innej specjalizacji.

Jeśli chcemy mieć medycynę ratunkową na światowym poziomie, potrzebne są pieniądze i właściwa organizacja systemu leczenia. Medycyna ratunkowa jest kosztownym elementem ochrony zdrowia, ale jeśli chcemy skutecznie ratować ludzkie życie, to trzeba się z tymi kosztami liczyć. Finansowanie SOR-ów z roku na rok się poprawia, ale wciąż nie na tyle, aby mówić o promowaniu medycyny ratunkowej w naszym kraju. Specjalizacja ta na świecie cieszy się ogromną popularnością, lekarze chętnie kształcą się w tym kierunku i chętnie pracują na SOR-ach. Musi więc być jakiś klucz. Myślę, że jest nim powszechne uznanie i rozumienie specjalizacji z medycyny ratunkowej, pewne miejsce zatrudnienia i odpowiednio wysokie wynagrodzenia.

Lekarze medycyny ratunkowej pracują w zespołach wspólnie z ratownikami medycznymi.

Należy przypomnieć, że zawód ratownika medycznego w Polsce stworzono dzięki staraniom lekarzy medycyny ratunkowej, którzy dostrzegli w nim ogromny potencjał, zwłaszcza w części przedszpitalnej. Obecnie ratownicy medyczni to osoby, które ukończyły trzyletnie studia licencjackie i ich szkolenie jest ukierunkowane na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w ramach pracy zespołowej z lekarzami medycyny ratunkowej. Są jednak jeszcze ratownicy, którzy mają ukończone dwuletnie szkoły policealne i ich kompetencje różnią od tych, którzy ukończyli studia licencjackie, a to od kwalifikacji całego zespołu zależy skuteczność udzielanej pomocy.

Jakie miejsce w ratownictwie zajmuje medycyna pola walki?

To, co dzieje się w obrębie działań wojennych, jest w naturalny sposób wpisane w działalność medycyny ratunkowej. Ewidentnie mamy tu do czynienia ze zdarzeniami nagłymi i sposób postępowania jest taki sam jak w przypadku innych zdarzeń nagłych. Z tą jednak różnicą, że służby medyczne muszą pracować w ekstremalnych warunkach, narażając własne

zdrowie i życie. W tym wypadku rola lekarza jako kierującego zespołem nabiera jeszcze większego znaczenia, ponieważ musi podejmować decyzje nie tylko dotyczące zaopatrywania rannych, ale chroniące zespół. Podczas planowanego w maju tego roku Międzynarodowego Kongresu Medycyny Ratunkowej (www://ceem2023) zaplanowaliśmy sesję poświęconą medycynie pola walki. To dziedzina, której wciąż trzeba się uczyć, wymieniać do-

świadczenia, dzielić się spostrzeżeniami. Zaprosiliśmy wykładowców z USA, a także z Ukrainy, którzy bezpośrednio uczestniczą w akcjach ratunkowych w trakcie działań wojennych. Oczekujemy, że skonfrontowanie się z realiami pozwoli nam wybrać najlepsze rozwiązania, zweryfikować standardy kształcenia i postępowania. Przedstawimy też najnowsze badania naukowe na temat medycyny pola walki. Uważam, że połączenie praktyki z nauką może zaowocować wypracowaniem nowych, jeszcze lepszych rozwiązań.

Jak polscy ratownicy pomagają rannym w Ukrainie i jaka jest skala tych działań?

Nie mamy danych na ten temat, trudno więc posługiwać się tu liczbami, ale wiem, że są lekarze i ratownicy medyczni, którzy na zasadzie wolontariatu pojechali tam ratować rannych. Na Ukrainę wyjechało także wielu ratowników medycznych pracujących na co dzień w strukturach straży pożarnej i wojska.

Jaki wpływ ma Towarzystwo na rozwój medycyny ratunkowej?

Najbardziej zależy nam na przenoszeniu najnowszych, światowych osiągnięć wiedzy medycznej na rodzimym gruncie, wprowadzaniu ich do programów nauczania już na etapie kształcenia przeddyplomowego, później w kształceniu podyplomowym. Staramy się wpływać na program specjalizacji, która trwa pięć lat. Organizujemy staże kierunkowe, konferencje, sympozja, które służą wymianie doświadczeń lekarzy medycyny ratunkowej z całego świata. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej współpracuje także z organizatorami systemu ochrony zdrowia w Polsce, przedstawiając nasze stanowiska, których celem jest osiągnięcie światowego poziomu medycyny ratunkowej w naszym kraju. ■■■

Medycyna sądowa przywraca pamięć i godność

Danuta Śledzikówna „Inka” i Zygmunt Szendzielarz „Łupaszka” to dwie z tysiąca osób zidentyfikowanych przez Centrum Badawcze Polskiej Bazy Genetycznej Ofiar Totalitaryzmów PUM. Przez ponad 10 lat istnienia jednostka zidentyfikowała 12 tys. bezimiennych ofiar.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna

Dzięki wysiłkom członków Centrum Badawczego Polskiej Bazy Genetycznej Ofiar Totalitaryzmów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (CB-PBGOT PUM) w Szczecinie, odnaleziono ponad 150 bohaterów II wojny światowej. Po 82 latach, w 2021 r., zespół zidentyfikował siedmiu spośród 16 żołnierzy poległych na Westerplatte.

- Baza to unikatowy w skali kraju projekt, którego zadaniem jest przywracanie tożsamości ofiarom od września 1939 r. poprzez całą martyrologię oręża polskiego, biorąc pod uwagę nie tylko ziemie polskie. Jej zespół przywraca naszym bohaterom tożsamość, dzięki czemu można było pochować kilka tysięcy osób - mówił 7 marca 2023 r. w Sejmie rektor PUM prof. Bogusław Machaliński.

Niespełna tydzień po obchodzonych 1 marca Dniu Żołnierzy Wyklętych o osiągnięciach nowoczesnej medycyny sądowej opowiadał parlamentarzystom kierownik CB-PBGOT PUM dr hab. n med. Andrzej Ossowski.

PIERWSZE IDENTYFIKACJE

Bazę powołały 28 września 2012 r. Instytut Pamięci Narodowej (IPN) i PUM, „mając na względzie pamięć ofiar systemów totalitarnych i dążąc do ograniczenia ich



Do dziś zidentyfikowano 76 ofiar pochowanych w kwaterze „Ł”

porażającej bezimienności będącej jednym z przejawów zaprzeczenia człowieczeństwa pomordowanych”. Pierwsze prace poszukiwawcze, a potem ekshumacyjne przeprowadzono na warszawskiej Łączce, czyli w kwaterze „Ł” na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach w Warszawie. W latach 1948-56 pogrzebano na niej 276 więźniów, z czego około 170 przedstawicieli antykomunistycznego i antyniemieckiego ruchu oporu. - Kiedy po trzech miesiącach po odnalezieniu pierwszych szczątków udało

nam się zidentyfikować pierwszą osobę, wiedzieliśmy, że mamy do czynienia ze słynną Łączką. W tamtych czasach wiele się o niej mówiło, natomiast nikt tak naprawdę nie wiedział, co stało się z ofiarami końca lat 40. i 50. - opowiadał dr hab. Andrzej Ossowski. Z początku niewiele osób wierzyło, że zespołowi uda się kogokolwiek zidentyfikować. - Przy skali ofiar II wojny światowej i okresu powojennego terroru komunistycznego szanse były rzeczywiście niewielkie - zauważa.

Z pomocą naukowcom przyszli krewni pomordowanych, którzy pojawili się na Łączce. Dobrowolnie zgodzili się oddać do badań swój materiał genetyczny. - Zaufali nam i dzięki temu byliśmy w stanie doprowadzić do identyfikacji ich bliskich - wspomina naukowiec.

Do dziś zidentyfikowano 76 ofiar, które zostały pochowane w kwaterze „Ł”, m.in. wszystkich pochowanych w ośmioosobowej jamie grobowej Hieronima Dekutowskiego „Zapory” i jego podkomendnych. Identyfikacja „Zapory” była szczególnie trudna. Naukowcy nie mieli do dyspozycji żadnych krewnych w linii prostej i po raz pierwszy przeprowadzili ekshumację rodziców ofiary, którzy zmarli po II wojnie światowej. Również „Łupaszka” i jego trzech podkomendni zostali zidentyfikowani na Łączce. Około jednej trzeciej ofiar nie udało się odnaleźć.

CZASZKA KATYŃSKA

Impulsem do stworzenia bazy była czaszka katyńska przywieziona z Danii, która w 2006 r. trafiła do Rady Ochrony Pamięci Walk i Męczeństwa. Typowano, że należała do Ludwika Szymańskiego, tyle że w Katyniu zginęło dwóch Polaków o tym imieniu i nazwisku. Badania potwierdziły, że to czaszka kpt. Ludwika Szymańskiego. – Stwierdził, że w przyszłości jesteśmy w stanie wyizolować materiał genetyczny z tak ciężkiego materiału, jakim są kości, ale nie mamy materiału porównawczego, do którego można odnieść te dane. Dobrze by było ten materiał zbierać, biobankować i przetrzymywać, by w przyszłości móc identyfikować ofiary – wspomina dr hab. Andrzej Ossowski.

PBGOT powstała sześć lat później we współpracy Ministerstwa Kultury, IPN i PUM. W 2021 r. Instytut wypowiedział uczelni umowę, a w 2022 r. decyzją rektora PUM baza stała się centrum badawczym. Do tej pory była tylko projektem, co sprawiało, że jej możliwości były ograniczone. Status centrum badawczego daje jednostce większe możliwości pozyskiwania środków na badania i rozwój naukowy. Złazszcza że zespół, który 10 lat temu liczył dwóch doktorów i jednego magistra, dziś może się pochwalić dwoma profesorami, dwoma doktorami habilitowanymi, siedmioma doktorami, sześcioma magistrami i czterema licencjatami, a jego potencjał badawczy wzrósł z 20 do 500 analiz dziennie.

JAK DZIAŁA BAZA

Naukowcy porównują bazę genotypów materiału porównawczego pobranego od krewnych ofiar z materiałem pozyskiwanym podczas prac ekshumacyjnych. – Postęp technologiczny i fakt, że wiele pionierskich projektów z zakresu genetyki zaczyna się albo jest związanych z genetyką sądową, sprawiło, że dziś nasze możliwości są o wiele większe niż w początkach działalności. Jesteśmy zawsze 10 lat do przodu w stosunku do nauk klinicznych przede wszystkim dlatego, że wynik, który wydajemy, ma moc sądową i waży o czymś życiu – mówił dr hab. Andrzej Ossowski.

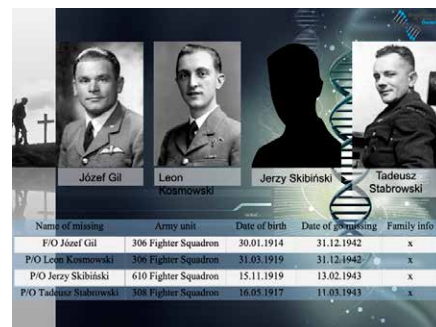
Dziś zespół ma za sobą prace w większości krajów Europy: Niemczech, na Białorusi, w Norwegii, w Federacji Rosyjskiej, na Litwie, na Węgrzech, w Belgii, Francji, na Łotwie, w USA i Gruzji. Na całym świecie odnalazł 12 tys. osób, a około tysiąca zidentyfikował. Szczecinianie pracują też w obozach w Sobiborze i Treblince, a także pomagają naukowcom z całego świata.



Podczas prac archeologicznych znaleziono dziewięciu żołnierzy – obrońców Westerplatte

Majstersztyk badań ujawnił się w czasie identyfikacji żołnierzy poległych na Westerplatte. – Podczas prac archeologicznych prowadzonych przez Muzeum II Wojny Światowej znaleziono szczątki dziewięciu żołnierzy. Sprawa była o tyle trudna, że do jednostki specjalnej, jaką była załoga Westerplatte, wybierano żołnierzy niebędących w związkach i bez potomstwa. Jedynymi krewnymi, jakimi dysponowaliśmy, byli zstępni po rodzeństwie. W identyfikacji pomogły nam tak dalekie pokrewieństwa jak wnuczka siostry ofiary, wnuk brata ofiary, córka brata ofiary czy wnuk stryjeczny od strony matki. Na dziewięciu odnalezionych na dziś mamy zidentyfikowanych siedmiu, a dwóch typujemy – tłumaczył dr hab. Andrzej Ossowski.

Zespół CB-PBGOT potwierdził tożsamość bohatera powstania listopadowego Maurycego Mochnackiego, w przypadku którego zastosowanie metod genetycznych było niemożliwe, ale posłużono się



analizami antropologicznymi. Pomógł też w przewiezieniu szczątków do Polski. Natomiast w 2018 r. ze Szczecina zidentyfikowali szczątki por. Tadeusza Stabrowskiego z 308 Dywizjonu Sił Powietrznych w Wielkiej Brytanii ekshumowane we wrześniu 2017 r. we francuskim Le Crotoy. – Typowanych było czterech lotników, którzy zaginęli, a ich szczątki wpadły do Kanału La Manche – Józef Gil, Leon Kosmowski, Jerzy Skibiński i Tadeusz Stabrowski. Okazało się, że bezimiennne szczątki pochowane we Francji należały do Stabrowskiego, niedoszłego malarza, którego rysunki zdobyły maszyny bojowe w Wielkiej Brytanii.

WAMPIR OSKARŻONY O CZARY

W ramach współpracy międzynarodowej z University of Texas naukowcy ze Szczecina pomagali przy badaniach szczątków migrantów na pustyni w Teksasie. A we współpracy z amerykańską DPPA (Defense Prisoner of War/Missing in Action Accounting Agency), poszukującą żołnierzy zaginionych podczas wojen i konfliktów zbrojnych, szukają przedstawicieli amerykańskich sił zbrojnych zaginionych w Polsce podczas II wojny światowej. Pod koniec 2022 r. pod Goleniowem znaleźli szczątki czterech lotników.

Zespół PBGOT zajmuje się nie tylko ofiarami totalitaryzmu, ale także pomaga w pracach archeologicznych. W 2014 r. zidentyfikował odnaleziony w Kamieniu Pomorskim szkielet okrzyknięty wampirem jako kobietę, która zginęła w końcu XVIII w. i najprawdopodobniej była oskarżana o czary. Jak tłumaczył dr hab. Andrzej Ossowski, szkielet pochowano w układzie antywampirycznym – jego kończyny były przebite kółkami, a w usta wsadzono cegłę. Po szeregu badań, zarówno medycznych, sądowych, jak i genetycznych, w tym fenotypowych, pozwalających ustalić kolor oczu, włosów, rodzaj pigmentacji czy typ łysienia, ustalono, że „wampirem z Kamienia Pomorskiego” była kobieta pochodząca z Pomorza.

Jak przekazać materiał do bazy

CB-PBGOT zachęca wszystkie osoby, których bliscy zginęli w wyniku zbrodni systemów totalitarnych w latach 1939-56, do przekazywania swojego materiału genetycznego do bazy. Materiał, który zabezpieczony jest w postaci wymazu z jamy ustnej, zostanie umieszczony w Polskiej Bazie Genetycznej Ofiar Totalitaryzmów i będzie wykorzystany do badań identyfikacyjnych.

Formularze do pobrania oraz informacje w jaki sposób można samemu pobrać próbkę znajdują się na stronie internetowej pbgot.pl.

Żeby otrzymać zestawy do pobrania materiału, należy zgłosić się drogą mailową na adres pbgotpum@sci.pum.edu.pl lub dzwoniąc pod numer +48 91 46 61 857.

Serial CSI zachęca DO MEDYCYNY SĄDOWEJ, ZNIECHĘCAJĄ PIENIĄDZE

Głodowe stawki powodują, że w tej specjalizacji zostają tylko pasjonaci z żyłką detektywistyczną. Dlatego w Polsce mamy niespełna 200 medyków sądowych – mówi **dr Krzysztof Kordel**, wielkopolski konsultant wojewódzki i prezes WIL w rozmowie z Karoliną Kowalską.

EL Podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia prof. Mirosław Parafiniuk z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) przedstawił prezentację „Medycyna sądowa a poczucie bezpieczeństwa obywateli – podstawowe kłopoty wynikające z braku precyzyjnych ustaleń międzyresortowych”. Mówił o braku lekarzy tej specjalizacji, odpowiednio wyszkolonych biegłych, o opóźnieniach, błędach w dochodzeniu do sprawiedliwości, jakie z tego wynikają. Jest aż tak źle?

Według Centralnego Rejestru Lekarzy RP należącego do NRL w Polsce jest 213 medyków sądowych, w tym 198 wykonujących zawód. Z prostego rachunku wynika, że daleko nam do pożądanej liczby specjalistów, która wynosi jeden na 50 tys. mieszkańców. Mała liczba specjalistów przekłada się na małą liczbę biegłych sądowych, a to na opóźnienia w wydawaniu opinii, a więc także wyroków. Oczywiście, należy odróżnić samych specjalistów medycyny sądowej, która jest specjalizacją podstawową, od biegłych. W ramach swoich zadań medycy sądowi na zlecenia prokuratury i sądów, a czasem na prośbę rodziny, przeprowadzają sekcje zwłok, wykonują także szeroko rozumiane badania pokrzywdzonych w wyniku czynów karalnych, takich jak pobicia, gwałty czy czyny nierządne, i wydają opinie w sprawach karnych dotyczące mechanizmu



działania i kwalifikacji prawnej. Wypowiadają się także w sprawach cywilnych w zakresie uszczerbku na zdrowiu, rokowania czy okresu rehabilitacji. Sporadycznie, na zlecenie sądów ubezpieczeń, orzekają

o zdolności do pracy. Do tego wydają opinie toksykologiczne, np. czy możliwe jest, że podejrzany pił alkohol w trakcie lub przed popełnieniem czynu zabronionego, i wspólnie z inżynierami prowadzą rekonstrukcje wypadków drogowych.

Z kolei biegli z zakresu medycyny sądowej wydają opinie na podstawie danych medycznych i ekspertyz, a także dokładnej analizy zdarzenia i – przede wszystkim – swojego doświadczenia. W dodatku wielokrotnie posiłkują się opinią specjalistów w danej dziedzinie. Ja nie jestem neurochirurgiem czy położnikiem, więc zasięgam opinii specjalistów w tej dziedzinie. A przynajmniej powinienem, choć nie bardzo mnie na to stać z pieniędzy, które otrzymuję od wymiaru sprawiedliwości.

EL Ile wynosi stawka dla biegłego medyka sądowego?

Od 2014 r. niezmiennie 45,63 zł brutto dla doktora nauk medycznych. Lekarz może liczyć na nieco ponad 28 zł brutto, a profesor na 77 zł brutto. Niewiele, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że orzekają w sprawach karnych. Proszę sobie teraz wyobrazić, że w ramach tego wynagrodzenia mam znaleźć biegłego. Niedawno sąd zażyczył sobie opinii z udziałem lekarza medycyny estetycznej. Wie pani,

ile oni zarabiają? Skąd wezmę lekarza medycyny estetycznej, który zgodzi się wydać opinię za 280 zł brutto, bo można mu zapłacić tylko za 10 godzin, gdyż opinie sporządzone w czasie dłuższym są przez Prokuratora Generalnego i ministra sprawiedliwości Zbigniewa Ziobrę kwestionowane? Przecież medyk estetyczny w pół godziny zarabia więcej, niż mogę mu zaoferować za 10 godzin ciężkiej pracy. Nie mówiąc już o biegłych ortodontach, których nie ma prawie w ogóle.

Tak niskie stawki powodują nie tylko, że lekarze nie chcą zostawać biegłymi sądowymi, ale również to, że niewiele osób jest zainteresowanych zawodem medyka sądowego. Ze śmiechem wspominam rozmowę z szefem Interu, którą odbyliśmy na łodzi na jeziorze. Zapytał mnie: „Herr Doktor, jaką pan ma specjalizację?”. Gdy odpowiedziałem, że jestem medykiem sądowym, z uznaniem pokiwiał głową i rzekł: „To jest pan bardzo bogatym człowiekiem”. Odpowiedziałem: „Nie, proszę pana, bogaty to byłbym w Niemczech czy Austrii, ale nie w Polsce”. Bo są kraje, w których nasza specjalizacja i umiejętności są wysoko wynagradzane, ale w Polsce należymy do najniższej wynagradzanych specjalistów.

DLACZEGO TAK SIĘ DZIEJE?

Zakłady medycyny sądowej są co do zasady przypisane do uczelni. Uczelnie natomiast nie zatrudniają uczonych, bo nie ma pieniędzy na nauczycieli akademickich z tej dziedziny. Część kolegów, by się utrzymać, robi sekcje szpitalne, które teoretycznie zarezerwowane są dla patomorfologów, ale ich także przecież brakuje. Część kolegów pracuje na zasadzie wolnych strzelców, ale żeby się utrzymać, medyk sądowy musi obsługiwać pięć prokuratur rejonowych, co oznacza wyjazdy na miejsce zdarzenia, dyżury, opiniowanie dla policji, słowem – bycie w ciągłej gotowości. Właśnie zadzwonili z komendy, z którą współpracuję, z prośbą o opinię, bo kończy im się czas zatrzymania podejrzanego

(48 godzin), a chcą z nim iść na areszt. Nie będzie to możliwe bez opinii biegłego, więc ode mnie i od mojego czasu zależy, czy osoba, która zrobiła coś złego, zostanie aresztowana, czy wyjdzie na wolność. Potrzebna jest więc nie tylko wiedza z zakresu medycyny i prawa, ale także dyspozycyjność.

Prof. Mirosław Parafiniuk zaapelował w Sejmie, by medycynę sądową włączyć do specjalizacji priorytetowych, których adepci mogą liczyć na wyższą pensję rezydencką. Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia Małgorzata Zadorożna odpowiedziała, że wątpli, by wyższa pensja rezydencka zachęciła do medycyny sądowej dużą liczbę absolwentów medycyny, bo to dziedzina niszowa, którą wybierają osoby specyficzne, pasjonaci, już na etapie studiów udzielający się w studenckim kole naukowym.

Nie do końca tak jest. To normalne, że młodzi pytają, ile można zarobić, i wielu chętnych rezygnuje z tej specjalizacji,

Do widoku dzieci nie da się przywyknąć. To zostaje w człowieku

bo nie chce żyć za tak małe pieniądze. Część niskie stawki zniechęcają dopiero w toku specjalizacji, inni przebrązawiają się już po zdaniu egzaminu. Medyk sądowy za sekcję dostaje tyle, ile można zarobić w dwie-trzy godziny w poradni. Moi rezydenci nie przyjmują pacjentów w poradniach jak ich koledzy robiący specjalizację kliniczną, choć niektórzy, żeby załatać budżet, zatrudniają się w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). W tym zawodzie zostają zapaleńcy, którzy mają w sobie żytkę detektywistyczną. Dyrektor Zadorożna w pewnym sensie ma rację – to zawód dla

ludzi specyficznych, o dużej wytrzymałości psychicznej. Medycy sądowi na co dzień spotykają się z ludzkim nieszcześciem, więc jeśli ktoś po zawodzie lekarza oczekiwał satysfakcji z wyleczenia chorych – to nie u nas. Podobnie z pieniędzmi – też nie u nas. Poza tym, co tu dużo mówić, ciała śmierdzą, szczególnie takie odnalezione po kilku miesiącach. Widoki też nie są najprzyjemniejsze. Nie każdy jest w stanie zrywać się o godz. 3 nad ranem i jechać kilkadziesiąt kilometrów na miejsce zdarzenia, by za kilka godzin pracy dostać 246 zł brutto. Trzeba to lubić. Choć nie do wszystkiego można się przyzwyczaić. Po 40 latach w zawodzie do dziś porusza mnie śmierć dziecka czy młodego człowieka. Ostatnio sekcjonowałem 21-letniego studenta, znalezione go ze strzykawką w przegubie i obrzękiem mózgu. Moi toksykologowie do dziś próbują ustalić, co było w torebkach strunowych podpisanych cyrylicą. Kiedy widzę kierowcę wyprzedzającego na trzeciego przy zawrotnej prędkości, myślę: „Chcesz się zabić, dobrze. Zrobię ci sekcję, ale nie zabijaj przy tym innych”. Ale dzieci to widok, do którego nie da się przywyknąć. To zostaje w człowieku.

Pan już na zdarzenia nie jeździ, rzadko też staje za stołem sekcyjnym.

Głównie siedzę w papierach. Wciąż też wykładam, ale etykę i deontologię lekarską. Uczę też ratowników medycznych. Jako biegły i medyk sądowy mam inne zadania. Poznański zakład wydaje rocznie 400 opinii o błędach medycznych, czasami liczących po 1,5 tys. stron. 400 opinii nie znaczy liczby błędów. Tu raczej jest constans. 400 to liczba spraw, często wytaczanych niesłusznie.

Jeśli nie zwiększy się finansowania, zawód medyka sądowego zostanie skazany na wymarcie?

Chyba jednak nie, bo, jak ostatnio zauważam, młodzież znów zaczyna się garnąć do tej specjalizacji. W tym roku w naszym zakładzie mogą ją zacząć aż cztery osoby, podczas gdy przez lata były to przypadki pojedyncze. Nie bez znaczenia jest serial CSI, zresztą zrobiony całkiem nieźle, bo nie dopatrzyłem się tam błędów merytorycznych. Ale faktem jest, że jeżeli stawki nie wzrosną, biegli będą przypadkowi, co może zagrozić wykrywalności przestępstw. W interesie wszystkich jest, by resort sprawiedliwości przynajmniej urealniał stawki.

DR N. MED. KRZYSZTOF KORDEL

– specjalista medycyny sądowej i patomorfologii, magister farmacji, wielkopolski konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny sądowej, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Rzecznik Praw Lekarzy NRL w latach 2010-23, autor i współautor około 150 publikacji

NIL NA SZYBKO



Jakub Kosikowski
p.o. rzecznika prasowego NIL

DZIAŁAMY SKUTECZNIE

W tym miejscu w „Gazecie Lekarskiej” natraficie Państwo na felieton Rzecznika Prasowego NIL. Jako p.o. tej funkcji będę Państwu streszczać najważniejsze działania Izby z ubiegłego miesiąca.

NoFault – opublikowano pierwszy spot w reżyserii Łukasza Palkowskiego z udziałem Katarzyny Dąbrowskiej i Tomasza Kota. Jego celem jest przekazanie pacjentom i decydentom jak ważne i korzystne dla wszystkich będzie wprowadzenie samorządowego projektu ustawy o bezpieczeństwie leczenia. Spot oczekuje na emisję w TV, a już teraz możecie go Państwo zobaczyć na naszym kanale YouTube.

Kolejna sprawa: automatyzacja refundacji. Na wniosek NIL, Ministerstwo Zdrowia (MZ) powołało zespół mający opracować zasady automatycznego określania stopnia odpłatności leków przepisywanych przez nas pacjentom. Zdaniem ministerstwa, opracowane rozwiązanie ma wejść w życie jeszcze w tym roku.

A skoro o refundacji mowa, nie sposób nie wspomnieć o Neocate i wątpliwych etycznie karach dla lekarzy za refundację preparatu mlekozastępczego. Sprawa nie jest jeszcze zakończona, ale dzięki działaniom samorządu i organizacji lekarskich NFZ odstąpił od karanie w przypadku

recept wystawionym pacjentom w wieku 12-18 miesięcy.

Kolejna sprawa to pytania do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES). Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) otrzymało uzasadnienie wyroku nakazującego opublikowanie pytań do PES z lat 2016-20. Dodatkowo Prezes NIL złożył do CEM wnioski o ujawnienie pytań z lat 2021-22. Spodziewana data pełnej realizacji wyroku to 31 marca 2023 r. W momencie, kiedy Państwo czytacie to zdanie, na stronie CEM są już opublikowane pytania z PES-ów z lat 2016-2017 oraz 2023.

Gdy mowa o publikacji... warto wspomnieć o nowych programach specjalizacji. Po publikacji przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) nowych programów specjalizacji, pojawiły się wątpliwości co do treści kilku z nich. Samorząd wraz z towarzyszami naukowymi z tych dziedzin skutecznie je oprotestował, dzięki czemu udało się wywalczyć urealnienie ich zapisów.

I na koniec: Rada Organizacji Pacjentów przy MZ poparła stanowisko NIL w sprawie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Liczby kształconych lekarzy powinny być oparte o rzeczową analizę, najważniejsza powinna być jakość, a sam proces powinien mieć miejsce na uniwersytecie lub pod jego nadzorem. ■■■

O TYM SIĘ MÓWI

O JAKOŚCI KSZTAŁCENIA NA OBRADACH KRAUM

– Obecnie rządzący nie stawiają w kształceniu na jakość, ale ilość. Ministerstwo Zdrowia zwiększyło nabór dzięki nowym kierunkom lekarskim, skróciło specjalizacje, dyskutuje o zmianach w stażu podyplomowym. To stworzy na pewno dwa problemy. Po pierwsze, będziemy mieli za dużo lekarzy w stosunku do potrzeb i tak, jak w Hiszpanii, będziemy marnotrawili zasoby. Po drugie, obniży się jakość kształcenia, absolwenci nowych kierunków nie będą przygotowani do należytej opieki nad pacjentami, więc tym samym obniży się jakość świadczeń, bezpieczeństwo pacjentów będzie zagrożone. Nastąpi osłabienie prestiżu zawodu, a może nawet jego feldczyzacja – mówił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski na posiedzeniu Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, zorganizowanym 16 marca na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

TRZY ŚREDNIE KRAJOWE

– Samorząd lekarski mówi od lat, że lekarz specjalista powinien zarabiać trzy średnie krajowe. W wynagrodzeniach lekarzy panuje bałagan, ale dobrze się stało, że mamy ustawę o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia – powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski w trakcie panelu „Wynagrodzenia – ile powinny ‘ważyć’ w systemie ochrony zdrowia?” podczas VIII Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC). W jego opinii ustawa o minimalnym wynagrodzeniu była uzasadnionym kołem ratunkowym rzuconym tonącemu systemowi, a obecny system wynagradzania personelu medycznego nie łączy interesu dyrektora szpitala i pracowników. I dlatego warto go zmienić.

CHORY JAK MEDYK

- Wypalenie zawodowe nie jest nowym problemem. Ten temat pojawił się już w latach 70. ubiegłego wieku. W naszej grupie zawodowej zjawisko wypalenia nie jest żadnym novum, ale musiało dojść do zmiany pokoleniowej, aby zacząć o nim rozmawiać - powiedział wiceprezes NRL dr Mateusz Kowalczyk w dyskusji „Chory jak medyk”. Podkreślił, że o problemie warto rozmawiać otwarcie i zastanowić się nad zmianami instytucjonalnymi. - Jako samorząd lekarski postulowaliśmy m.in. o urlop dla poratowania zdrowia. W rozmowach z Ministerstwem Zdrowia ten temat powraca jak bumerang.

- W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie zorganizowaliśmy wsparcie psychologiczne dla każdego lekarza, który się do nas zgłosi - podkreśliła Magdalena Flaga-Łuczkiwicz, pełnomocniczka NRL ds. zdrowia lekarzy. Zwróciła również uwagę na panujący w środowisku lekarskim etos pracy ponad siły, który może sprzyjać wypaleniu zawodowemu.

BRONIMY LEKARZY

NIL interweniowała w sprawie skandalicznego podpisu pod zdjęcie ilustrujące artykuł o PES z chorób wewnętrznych w Łodzi na stronie internetowej „Expressu Ilustrowanego”. Podpis skasowano, a kierownik działu online Polska Press Łódź skierował do NIL przeprosiny dla lekarza, którego określono jako „element egzotyki”. Treści naruszające interesy lekarzy prosimy zgłaszać na adres hejt@nil.org.pl.

ZAKAZ REKLAMOWANIA SIĘ LEKARZY WYMAGA DOPRECYZOWANIA

- Kodeks Etyki Lekarskiej powstał ponad 30 lat temu, gdy nie było mediów społecznościowych i nie było telemedycyny. Uważam, że doprecyzowania wymaga przepis zakazujący lekarzom reklamowania się, który w odniesieniu do mediów społecznościowych może być różnie rozumiany. Wymaga on doprecyzowania, uznając, że nie przetrwał próby czasu - powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski w wywiadzie dla portalu prawo.pl. Artykuł 63 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi, że lekarz tworzy swoją zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione. Ustęp 2 stanowi, że lekarz nie powinien wyrażać zgody na używanie swego nazwiska i wizerunku dla celów komercyjnych.

SYSTEM ORDYNATORSKI TO PRZESZŁOŚĆ

- Najważniejszy jest pacjent, a dopiero później jest ekonomia i zarządzanie. W całej medycynie, a zwłaszcza w procedurach zabiegowych, najważniejsze jest jednak doświadczenie. Czasami buduje się je latami - mówił w panelu „System ordynatorski to przeszłość?” prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr Tadeusz Urban, lekarz z 30-letnim doświadczeniem w prowadzeniu oddziału ginekologiczno-położniczego. Dodał, że nie wierzy w system konsultantki w Polsce, bo trzeba by zmienić wszystko, na co nie jesteśmy gotowi. Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy NRL Paweł Doczekalski podkreślił, że z perspektywy młodych lekarzy system ordynatorski nie jest najlepszym rozwiązaniem. - Centralizacja zarządzania i kierowania przez jedną osobę zarówno częścią medyczną, jak i niemedyczną, wydaje się przestarzała i nieaktualna.

CYBERBEZPIECZEŃSTWO

- Większość placówek medycznych ignoruje ryzyko cyberataków. Dużym krokiem naprzód w zarządzaniu siecią informatyczną w placówce medycznej jest poprawa świadomości. Czy można ją wymusić ustawą? - pytał podczas debaty „Cyberbezpieczeństwo medyczne” Piotr Kalkowski, członek Prezydium NRL. Zauważył, że wiele szpitali działa w ramach infrastruktury tworzonej przez uniwersytety, które narzucają im swoje procedury m.in. w obszarze IT, co nie zawsze wydaje się optymalne z punktu widzenia cyberbezpieczeństwa.

ZA DUŻO SPECJALIZACJI

- W Polsce mamy obecnie 77 specjalizacji, w tym nawet dotyczące jednej choroby jak hipertensjologia. NRL od dawna postuluje, żeby nie tworzyć nowych specjalizacji. Uważamy, że do leczenia otyłości nie jest potrzebna osobna specjalizacja, zazwyczaj wystarczającą wiedzę w tym zakresie ma internista czy diabetolog. Tym bardziej, że już wkrótce, minister zdrowia w swoim rozporządzeniu ma wskazać tzw. umiejętności lekarskie, czyli coś o węższym zakresie niż specjalizacje, i wśród nich mogłaby się znaleźć m.in. umiejętność z zakresu leczenia otyłości - zauważył wiceprezes NRL Klaudiusz Komor, specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii.

PREZES NRL O SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

- Jeżeli chcemy mieć europejski system ochrony zdrowia, to stańmy w prawdzie. Powiedzmy wprost: mamy niedostatek finansowy - mówił prezes NRL Łukasz Jankowski podczas sesji inauguracyjnej HCC, który odbył się 9-10 marca w Katowicach.

PROF. ZOLL KONSULTANTEM NIL

Były prezes Trybunału Konstytucyjnego prof. Andrzej Zoll jest najważniejszym konsultantem NRL podczas prac nad samorządowym projektem ustawy o systemie rejestracji zdarzeń niepożądanych i systemie kompensacji zdarzeń medycznych. - Dziękujemy prof. Andrzejowi Zollowi za otwartość i pomoc w pracach nad projektem. Warty podkreślenia jest fakt bezinteresownej pomocy prof. Zolla, który przystąpił do prac związanych z projektem ustawy samorządu lekarskiego w trosce o sprawiedliwe prawo związane z tak ważnym sektorem, jakim jest ochrona zdrowia - mówił prezes NRL Łukasz Jankowski.

SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

Nowe rozwiązania: ODCIĄŻONY LEKARZ I ZDROWSZY PACJENT

Pierwszy autorski program opieki koordynowanej w POZ pokazuje, że przy odpowiedniej strukturze i podziale zadań można poprawić wyniki leczenia i efektywność pracy.

Artur Prusaczyk wiceprezes CMD, wiceprezes SPOiWO, członek grupy roboczej NIL IN. ds. wdrożeń w opiece ambulatoryjnej

ABCDE to pierwszy w Polsce wdrożony w życie autorski program opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Swoją nazwę bierze od pierwszych liter głównych filarów koncepcji koordynacji: „Ankiety, Bilanse, Chorzy przewlekłe, Dyspanseryzacja, Edukacja”. Program został zainicjowany w 1998 r. i jest wdrażany w Centrum Medyczno-Diagnostycznym (CMD) w Siedlcach. Jest finansowany ze stawki kapitałowej, kontraktów profilaktyki i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) bez dopłat pacjentów. Koncepcja inspirowana była najlepszymi praktykami zespołu, szczególnie lekarzy rodzinnych w CMD.

Program „ABCDE v. 2008” był podstawą opracowania przez zespół ekspertów Banku Światowego i NFZ modelu POZ PLUS, którego założenia zostały dostosowane do finansowania unijnego i potrzeb naukowych. Ogólnopolski pilotaż programu zrealizowano w latach 2018-21. Systemowa zmiana w POZ wprowadzająca opiekę koordynowaną weszła w życie 1 października 2022 r. Obecnie Bank Światowy prezentuje model na międzynarodowych konferencjach oraz wizytach studyjnych.

Program charakteryzuje się uporządkowanym systemem procesów organizacji opieki zgodnie z przyjętymi standardami. Zakłada wdrożenie aktywnej opieki medycznej, przeniesienie inicjatywy

diagnostyczno-terapeutycznej z pacjenta na profesjonalistów medycznych oraz jasny podział obowiązków zespołu.

Lekarz rodzinny pracuje w oparciu o terminarz ze strefami wydzielonymi na poszczególne rodzaje wizyt, o różnym czasie trwania, z uwzględnieniem czynników zmienności tygodniowej i rocznej zapotrzebowania pacjentów. Harmonogram dostosowany jest do populacji – liczby, wieku i chorobowości pacjentów. Zawiera terminy na minimum rok do przodu. Za koordynację działań procesowych, współpracę i komunikację pomiędzy pacjentem a lekarzem podczas postępowania diagnostyczno-terapeutycznego odpowiada koordynator. Elementem aktywnej opieki nad pacjentem zdrowym w zakresie czynników ryzyka i niezdiagnozowanych obszarów zdrowia u chorych przewlekłe jest bilans zdrowia dla dorosłych kierowany do wszystkich pacjentów POZ od 18. do 65. roku życia. Bilans obejmuje szczegółowy wywiad prowadzący do określenia czynników ryzyka, weryfikacji stanu zdrowia i docelowo stratyfikacji. Zlecona diagnostyka uzupełnia dane medyczne i jest zgodna z EBM oraz praktyką kliniczną. Podstawą opieki nad pacjentem chorym przewlekłe są grupy dyspanseryjne, a zastosowanie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM) zapewnia systemową, ciągłą i spersonalizowaną opiekę. Edukacja pielęgniarska realizowana jest w oparciu o diagnozę potrzeb edukacyjnych pacjenta i/lub jego opiekunów, a także plan edukacji.

Kluczową rolę w budowie i wdrożeniu systemu spersonalizowanej opieki ambulatoryjnej w relacji POZ-AOS odegrali lekarze. Stali się oni rzeczywistymi decydentami opieki (decyzje kliniczne, ścieżki postępowania), zaś zadania strictly administracyjne (nawigowanie po systemie, edukacja) zostały przesunięte na personel pomocniczy.

Trudności we wdrożeniu polegały na przełamaniu oporu przed nowymi rozwiązaniami zarówno po stronie pacjentów, jak i personelu. Środkiem zaradczym była edukacja pacjentów i szkolenia dla kadry. Utrudnieniem był i nadal jest brak systemu operacyjnego wspierającego procesy koordynacji. Czynnikiem w osiągnięciu sukcesu było konsekwentne zarządzanie przez cele, pomagające w skutecznej realizacji wyników populacyjnych, poprawie patient experience i redukcji marnotrawstwa zasobów. Przełożono cele na obowiązki pracowników, określono zasady ich mierzenia i premiowania oraz dbano o edukację. Wyniki wdrożenia są dobre, natomiast zespoły i lekarze wymagają wsparcia zespołu wdrożeniowego. ■■■

Korzyści	Mierniki
Wydrukowana, przebadana populacja pacjentów stanowi podwalinę długoterminowego sukcesu – dobrego wyniku populacyjnego, mierzonego wskaźnikiem długości życia w zdrowiu Zbudowanie zaufania poprzez wzrost odpowiedzialności obu stron – lekarz i pacjent umawiają się w IPOM na realizację określonego postępowania/zaleceń	NFZ porównał reprezentatywną próbę 58 tys. pacjentów populacji CMD, poddanej koordynacji przez 10 lat, do próby krajowej. W efekcie nieopublikowanej analizy potwierdzono, że pacjenci CMD chorzy przewlekłe żyją dłużej w stabilizacji klinicznej w porównaniu do średniej krajowej Benchmark wyników zdrowotnych populacji nowych placówek vs. pacjentów będących pod opieką CMD min. pięć lat
Kaskadowanie obowiązków zgodnie z kompetencjami – punkt ciężkości pracy przesuwa się na pozostałych członków zespołu i następuje wyraźne odciążenie lekarzy Wzrost wynagrodzeń personelu za rzetelną pracę na rzecz efektywności opieki	Indywidualna Karta Zadań (IKZ), autorskie rozwiązanie sprawozdawczości każdego pracownika
Możliwość zaplanowania kosztów i zapotrzebowania na wolumen pracy personelu lekarskiego i nielekarskiego dzięki stratyfikacji populacji	Dane z systemu IT

RELAKS I WIEDZA W JEDNYM MIEJSCU

Aplikacja Rytme pomaga pacjentom z chorobami cywilizacyjnymi przestawić się na zdrowy rytm, w którym przestrzegają zaleceń lekarskich i nabywają dobrych nawyków.



Jakub Chwiećko

pediatra,
lider Grupy ds. Start-upów NIL IN

Kawa z innowatorem to nowy cykl NIL IN. Co miesiąc będziemy zapraszali na kawę innowatora, który opowie o swoim pomysle i jego realizacji. Pierwszą na kawę z innowatorem zaprosiliśmy dr n. med. Aleksandrę Michałek, kardiolożkę, twórczynię aplikacji Rytme.

Kawę z doktor Olą pijemy przed ekranami komputerów, jednak atmosfera jest równie sympatyczna jak w kawiarni. Dr Michałek znajduje dla nas czas w dniu wypełnionym obowiązkami lekarki, matki i innowatorki. Choć Rytme powstało jako side project, jego autorka opowiada o nim z wielką pasją.

- Kiedy w 2020 r. zaczęła się pandemia, jako osoba lubiąca sport i żyjąca aktywnie zaczęłam korzystać z aplikacji sportowych. Miałam jednak refleksję, że moi pacjenci w większości by z nich nie skorzystali, bo nie są tak zaawansowani fizycznie, a często też nie znają angielskiego. Gdy w 2021 r. zaczęłam robić badania rynku, w Polsce nie było takich aplikacji, choć potem pojawiło się wiele podobnych pomysłów - opowiada dr Aleksandra Michałek.

Jako kierownik medyczny dużej placówki zatrudniającej ponad 300 lekarzy zauważyła, że lekarz w trakcie krótkiej wizyty w ambulatorium nie zawsze ma czas na nawiązanie tak silnej relacji z pacjentem, by mu uświadomić, na czym polega jego problem zdrowotny, i zmotywować, by przestrzegał zaleceń i odpowiednio przyjmował leki. Z badań nad compliance i adherence wynikało, że połowa pacjentów zapomina o zaleceniach od razu po wyjściu z gabinetu. - Miałam poczucie, że



proste narzędzie pomogłoby naszym pacjentom, a także poprawiło skuteczność leczenia i zmniejszyło powroty na wizyty - wspomina dr Michałek. Z jej osobistej praktyki w klinice niewydolności serca, a także w ambulatorium, wynika, że nawet najbardziej zaawansowane procedury nie pomogą, jeśli pacjent nie zmieni trybu życia.

Pomysł Rytme zrodził się podczas jednego z rodzinnych obiadów. - Mój tata stwierdził, że wciąż opowiadam o nowych pomysłach, więc może spróbowałabym choć jeden zrealizować. Namówiłam męża Amadeusza, który jest programistą, oraz przyjaciela rodziny Pawła Stężyckiego, który zawodowo zajmuje się innowacjami, a oni zapalili się do pomysłu - opowiada innowatorka. Przyznaje, że na początku nie wiedziała nawet, czym jest start-up. Dziś sprawnie posługuje się językiem świata aplikacji, opowiadając,

że zdecydowali się na bootstrapping, czyli finansowanie projektu ze środków własnych.

Pomysł spodobał się ekspertom, którym dr Michałek przedstawiła ideę Rytme - dr. Danielowi Śliżowi ze Stowarzyszenia Medycyny Stylu Życia, prof. Arturowi Mamcarzowi czy prof. Lucynie Ostrowskiej. Obiecali trzymać kciuki.

Jak działa Rytme? To prosta aplikacja dla pacjentów z chorobami cywilizacyjnymi - nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami lipidowymi, zaburzeniami snu, otyłością, cukrzycą, insulinoopornością, chorobami tarczycy, ale także dla tych, którzy nie mają jeszcze problemów zdrowotnych, ale chcieliby im zapobiec. Rytme codziennie buduje dla nich zdrowy rytm, wysyłając przypomnienia o przyjmowaniu leków czy pomiarach ciśnienia lub glikemii. Dostają porcje medytacji i relaksacji pozwalających zapanować nad układem stresu, treningi i porcje wiedzy dotyczące ich problemów zdrowotnych. To krótkie odcinki, w których lekarze opowiadają pacjentowi, co się z nim dzieje, dlaczego musi on przyjmować leki, czy będzie musiał je przyjmować do końca życia, etc. Pacjent palący może utrwalać nawyki wspierające rzucanie palenia. Dr Michałek widzi przyszłość takich narzędzi jak Rytme we wspomaganiu pracy edukatorów w ramach programu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Jej rady dla innowatorów? - Odwagi! Warto realizować swoje pomysły, ale także warto o swoim pomysle rozmawiać. To dr Śliż powiedział mi, że istnieje aplikacja, której idea jest taka sama. Sprawdziłam i okazało się, że wciąż jest miejsce dla takiego projektu jak nasz! ■■■

PLATFORMY

Koordynowana.pl

– MAŁY PROJEKT, WIELKA ZMIANA

Serwis www.koordynowana.pl wspierający podmioty POZ, specjalistów i dietetyków w nawiązaniu współpracy w ramach opieki koordynowanej to projekt środowiska lekarzy skupionych w Polskim Towarzystwie Medycyny Rodzinnej we współpracy z Porozumieniem Zielonogórskim.

Aleksander Biesiada specjalista medycyny rodzinnej, pełnomocnik Zarządu Głównego PTMR ds. Innowacji i Rozwoju, członek grupy roboczej NIL IN ds. wdrożeń innowacji w opiece ambulatoryjnej

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), menedżerowie placówek, specjaliści (endokrynolodzy, diabetolodzy, kardiolodzy i pulmonolodzy), pielęgniarki, dietetycy i koordynatorzy mogą za darmo założyć konto i wyświetlić ogłoszenia lub dodać swoje. Pierwsze 45 dni projektu (strona wystartowała w połowie stycznia 2023 roku) to ponad 230 zgłoszeń ofert i ponad 40 nawiązanych poprzez platformę kontaktów.

PRIORYTETY NA NAJBLIŻSZE LATA

Systemowa zmiana w podstawowej opiece zdrowotnej POZ weszła w życie 1 października 2022 r. Wprowadzono opiekę koordynowaną – POZ otrzymała możliwość zawierania umów z lekarzami specjalistami oraz dietetykami, środki na rozliczanie badań pacjentów i koordynację tego procesu. W chwili obecnej ponad 750 placówek złożyło oferty na uruchomienie realizacji opieki koordynowanej.

Kluczowe dla sukcesu tego etapu wdrażania reformy jest wsparcie dla placówek POZ, lekarzy specjalistów, pielęgniarek, dietetyków i innych osób, które mają angażować się w proces realizacji opieki koordynowanej. Trzeba tym grupom umożliwić komunikowanie się w prosty sposób. W tym właśnie celu powstał serwis www.koordynowana.pl.

JAK TO DZIAŁA?

Placówka POZ szukająca współpracy do realizacji opieki koordynowanej, np. lekarza kardiologa, sprzętu (np. holtera ciśnieniowego) czy wsparcia dietetyka może zamieścić bezpłatnie swoje ogłoszenie. Po sprawdzeniu danych zostanie ono umieszczone w bazie i na specjalnej mapie i będzie można je wyszukać na stronie. Podobnie specjaliści innych dziedzin medycyny, dietetycy, koordynatorzy mogą umieszczać swoje ogłoszenia.

Ten prosty system ofertowy od momentu jego uruchomienia wsparł już ponad 40 interakcji między podmiotami poszukującymi i oferującymi współpracę. Wykorzystując technologię IT i wsparcie niewielkiego zespołu, projekt pokazuje istotne wyzwania, jakie stoją na tym etapie rozwoju opieki koordynowanej. Z jednej strony, umożliwiło to przekazanie swoich ogłoszeń przez ponad 120 dietetyków, 90 lekarzy specjalistów i inne zainteresowane osoby. Z drugiej, na zebranie w jednym miejscu danych wszystkich placówek POZ, które przystąpiły do opieki koordynowanej (ponad 700 podmiotów w chwili pisania tego tekstu). Oznacza to sporo pracy po stronie zespołu projektu, gdyż większość danych uzyskanych z NFZ trzeba uzupełniać ręcznie (o lokalizację czy dane kontaktowe).

Perspektywy rozwoju projektu są również istotne jak aktualnie udzielane wsparcie. Pracując na co dzień z lekarzami POZ oraz wspierając ich (w edukacji, czy zagadnieniach związanych z zarządzaniem), stawiamy sobie za cel rozbudowę serwisu. System komunikacji ma zostać rozszerzony, a sama platforma ma zyskać nowy silnik i nowy wygląd. Planujemy także poszerzenie treści o materiały edukacyjne, w tym w formie wideo. Aktualizujemy zagadnienia w dziale „Pytania i odpowiedzi”, który pozwala na łatwe filtrowanie zagadnień i szybkie znajdowanie odpowiedzi na liczne wątpliwości.

Serwis koordynowana.pl to mały krok dla systemu opieki zdrowotnej, ale wielki dla wielu placówek POZ. Dynamiczna odpowiedź na faktyczne potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze wdrażania opieki koordynowanej jest sukcesem projektu już na jego wczesnym etapie. ■■■

Innowacyjność projektu w liczbach

Łączna liczba nowych ogłoszeń od dnia startu (45 dni)	231
Łączna liczba POZ w opiece koordynowanej na platformie	705
Całkowita liczba unikalnych użytkowników na stronie	5400
Całkowita liczba sesji	7600
Średni czas trwania sesji	1 min 58 sek
Łączna liczba interakcji za pośrednictwem systemu	44

Inne miary innowacyjności w projekcie

- pierwszy tego typu projekt przeznaczony dla opieki koordynowanej
- zaangażowanie dwóch kluczowych partnerów: PTMR i PZ
- usystematyzowanie zapytań ze strony podmiotów POZ i innych kluczowych odbiorców opieki koordynowanej
- uruchomienie projektu w formie MVP i skalowanie zależne od potrzeb użytkowników

KONKURS | PRZYCHODNIA PRZYSZŁOŚCI

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



Zgłoś do **30 kwietnia** wdrożenie innowacji
w Twojej organizacji, placówce lub gabinecie

<https://nilin.org.pl/konkurs/>



NACZELNA
IZBA LEKARSKA

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

Po czterech latach od ostatniego Kongresu, którego gospodarzem była Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku, polscy medycy z wielu zakątków świata spotkają się w dniach 1-4 czerwca 2023 r. w stolicy Warmii i Mazur.

Naczelna Izba Lekarska tradycyjnie od 1991 roku aktywnie uczestniczy w organizowaniu kongresów dla polonii medycznej. Dotychczasowe spotkania polskich lekarzy z całego świata odbywały się w Częstochowie, Krakowie, Warszawie, Katowicach, Toruniu, Gdańsku, skupiając od 400 do 1200 uczestników.

Kongres jest doskonałą okazją do zaprezentowania wybitnych osiągnięć Polaków rozproszonych po całym świecie. W ciągu kilku dni obrad będziemy dyskutowali o aktualnych problemach zgodnie z motywem przewodnim naszego Zjazdu – Wyzwania Współczesnej Medycyny. Do Komitetu Naukowego zaprosiliśmy osoby ze środowiska akademickiego, które są nie tylko autorytetami w kraju i za granicą, ale zajmują się kluczowymi i przełomowymi zagadnieniami, które w istotny sposób zmieniły możliwości leczenia najcięższych chorób w praktyce klinicznej na całym świecie. Światowe Zjazdy Lekarzy Polskich mają charakter interdyscyplinarny. Nie zabraknie ciekawych referatów z różnorodnych dziedzin, dających

szansę prześledzić najnowszą wiedzę medyczną. Z tematyką sesji naukowych można się zapoznać na stronie <https://swiatowyzjazdlekarzypolskich.org/>

Rok 2023, w którym odbędzie się XI Kongres Polonii Medycznej – IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich, to szczególny czas. To 550. rocznica urodzin wielkiego astronoma i lekarza Mikołaja Kopernika, który spędził na Warmii większość swojego dorosłego, twórczego życia. „Geniuszowi renesansu” poświęcona będzie sesja historyczna przygotowana przez dr. Zygmunta Trusewicza. Sesji historycznej będzie towarzyszyć prezentacja inkunabułu medycznego Kopernika oraz starodruków z jego odręcznymi zapiskami, prezentacja atlasu anatomicznego Andreasa Vesaliusa z 1543 roku „De humani corporis fabrica”, wystawa medali związanych z Kopernikiem, a także monet i banknotów z wizerunkiem wielkiego astronoma.

W odpowiedzi na potrzeby młodych lekarzy nie zabraknie tematów z obszaru prawa i medycyny, w tym prawnych

aspektów wykonywania zawodu w innych krajach – uznawania kwalifikacji, uzyskania uprawnień zawodowych, zagadnień dotyczących odpowiedzialności zawodowej, karnej i cywilnej lekarzy, różnych form wykonywania zawodu – przewodnik dla studentów i młodych lekarzy.

Młodzi lekarzy, ale nie tylko oni, będą mieli niepowtarzalną okazję uczestniczenia w warsztatach dotyczących tego, jak rozwijać karierę naukową.

Dokładamy wszelkich starań, by zjazd w Olsztynie oprócz merytorycznej debaty lekarzy był wyjątkowym spotkaniem, które nie tylko pogłębi więzi Polonii z Polską, ale także więzi międzyludzkie, koleżeńskie i zawodowe.

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

IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich
XI Kongres Polonii Medycznej

1-4 czerwca 2023

Olsztyn



ORGANIZATORZY



<https://swiatowyzjazdlekarzypolskich.org>



XI KONGRES POLONII MEDYCZNEJ – IV ŚWIATOWY ZJAZD LEKARZY POLSKICH

WARSZTATY PRAKTYCZNE: JAK PRZYGOTOWAĆ ARTYKUŁ NAUKOWY DO PUBLIKACJI

Łukasz Milanowski, Warszawski Uniwersytet Medyczny **Zbigniew K. Wszolek**, Mayo Clinic Florida, Jacksonville, Florida, USA

Na zaproszenie organizatorów XI Kongresu Polonii Medycznej i IV Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich poprowadzimy warsztaty dotyczące poprawnego przygotowania wyników badań naukowych do publikacji w periodykach medycznych. Warsztaty są skierowane do młodych lekarzy zainteresowanych karierą naukową. Sympozjum będzie miało formę interaktywnego wywiadu z możliwością zadawania pytań przez uczestników.

Wiele młodych osób kończących studia medyczne chce być zaangażowanych w prowadzenie badań klinicznych. Wiele takie badania już prowadzi, ale mają trudności z opisaniem ich

rezultatów w formie niezbędnej do publikacji naukowej. Ani w trakcie studiów medycznych, ani podczas kształcenia podyplomowego temat ten nie jest poruszany wcale albo jest przekazywany w minimalnym stopniu. Tymczasem źle przedstawione wyniki, choć mogą być interesujące, nie znajdują zainteresowania u redaktorów czasopism naukowych. Wiedza zdobyta podczas warsztatów może być przydatna także polskim czasopismom, które są często pierwszym miejscem publikacji prac młodych naukowców.

Zachęcamy Państwa do udziału w tym wydarzeniu.



POLONIA MEDYCZNA NA ŚWIECIE

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)*

PRZYCHODZI FARMACEUTA DO LEKARZA

Od kilku lat borykamy się z brakami leków. Starsze pokolenie przypomniało sobie czasy młodości. Młodszy są zdziwieni, bo nie znają gospodarki niedoborów.

W czasach PRL braki były czymś codziennym, a ich przyczyny brały się z definicji istnienia ustroju zwanego socjalistycznym. Jak o tym ustroju mawiał Stefan Kisielewski, „dzielnie walczył on z problemami nieznanymi w innych ustrojach”.

Dzisiejsze braki leków mają wiele przyczyn. Najważniejszą jesteśmy my sami. Chcemy najwyższej jakości, ale minimalizujemy koszty jej uzyskania. I to na każdym kroku. Przykłady? Czytają Państwo tekst na chińskim laptopie lub smartfonie. Ładowarki też są chińskie. Telewizory i elektronika w samochodach podobnie.

A co z lekami? API, czyli active pharmaceutical ingredient(s) – substancje czynne. Prawie wszystkie firmy świata kupują API z Chin. Dlaczego tam są tańsze? Z wielu powodów. Normy ochrony środowiska w Unii Europejskiej są wyśrubowane. W Chinach nie. Przykładowo mniej szkodzące środowisku rozpuszczalniki używane do ekstrakcji chemicznej są droższe. Te tańsze szkodzą bardziej – w Chinach, a nie w UE.

Kontrahenci, klienci – wszyscy wolą kupić coś atrakcyjnego. Wolą coś śnieżnobiałego, zamiast żółtawego. Analogicznie jest z API. Aby jednak substancja chemiczna, późniejszy lek wielu producentów, była śnieżnobiała, musi zostać wyekstrahowana z rozpuszczalników zakazanych w UE. Tak, API z rozpuszczalników dozwolonych w UE niekoniecznie są śnieżnobiałe, za to droższe. Możemy się uśmiechać z powątpiewaniem lub zdziwieniem, ale w większości „kupujemy oczami”.

Z API trzeba wyprodukować lek, np. tabletki lub zawiesiny dla dzieci. Kto jest rodzicem, zna kaprysy potomstwa, w tym problemy z podaniem leków. Wiem coś o tym. Zbyt dobrze pamiętam stres



Mariusz Politowicz

członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

KUPOJEMY OCZAMI

związany z próbami podania naszej małej córce – dziś lekarce – zawiesziny z antybiotykami.

Smak, zapach i kolor mają znaczenie dla dzieci. I rodzice, i lekarze się z tym zgodzą. Problem w tym, że corrigens (substancje korygujące) i adjuvans (substancje pomocnicze) też są z Chin. Bo tańsze. Podobnie z opakowaniami. Papier, farba, plastik do produkcji pojemników lub dozowników/miarek też mają chińskie komponenty.

Pandemia COVID-19 przywędrowała z Chin. Najpierw tam zaczęli chorować ludzie, w tym pracownicy fabryk produkujących API i dodatki. Potem zaczęli umierać, więc fabryki stały. Przypomnę, że charakterystyka produktu leczniczego nie przewiduje odstępstw od norm. Zarówno dla API, jak i dodatków lub opakowań.

API i inne składniki trzeba dostarczyć do fabryk w UE lub dalej. Wydawałoby się, że bezpieczny Hamburg lub Rotterdam są dla UE głównymi portami przeładunkowymi.

Ukraińska Odessa też jest takim portem. Zwłaszcza dla transportu z Azji, w tym z Chin. Gdy dodamy, że część fabryk należących do firm farmaceutycznych jest albo była w Ukrainie lub Rosji, układanka wydaje się skompletowana.

Międzynarodowy tygiel zależności jest złożony. Wojna w Ukrainie, rozpętana przez Rosję, uderza nas na wiele sposobów. Każdego dnia stykamy się z brakami leków. Irytacja narasta, choć często jest skierowana pod niewłaściwy adres. Piszę to jako farmaceuta starający się zarówno o dobre zaopatrzenie swojej apteki, jak i wielokrotnie borykający się z niemożnością wyboru odpowiedników.

Każdy lekarz chciałby, by jego pacjenci przyjmowali leki zaordynowane przez niego. I żeby nie wracali po nową receptę, bo leku nie ma w żadnej aptece. Farmaceuci też chcą zapewnić potrzebne leki. Pośrodku są nieświadomi problemów, sfrustrowani, a nawet roszczeniowi chorzy. Dla nich nasze kłopoty bywają nieistotne. A osoby z zewnątrz potrafią zaognić sytuację. Nawet w dobrej wierze wygłaszają twierdzenia, jakoby cierpliwy i empatyczny lekarz lub farmaceuta był w stanie wytłumaczyć każdemu choremu, dlaczego przypuszczalnie nie otrzyma leku, który jest mu potrzebny. Czy przeciętny pacjent zaakceptuje nasze, choćby najprościej przekazane wytłumaczenie międzynarodowych powiązań ekonomicznych, w których wyniku – nawet w dużym mieście – nie jest w stanie zrealizować recepty na swój lek przeciwbólowy?

**Braki leków
mają wiele
przyczyn.
Najważniejszą
jesteśmy
my sami**

Czy w świetle tych kłopotów czeka nas podwyżka składki zdrowotnej lub podatków, by sfinansować nieuchronny wzrost cen API oraz leków, które ponownie powinny zostać produkowane w UE? To temat na kolejny felieton.

OBSERWACJE

Mama Ginekolog, influencerka nieznana chyba tylko piszącemu te słowa dziadersowi, wywołała burzę przyznaniem się do przyjmowania poza kolejnością rodziny i znajomych.

Nie była to bynajmniej jedna z tych burz o błahostki. Głos zabrali nie tylko liczni internauci, ale i lekarze, politycy i eksperci od wizerunku, zagrzmiąło szefostwo Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM, pogroził palcem NFZ, zapowiadając kontrolę i kary, a rzeczniczka Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie potwierdziła, że „jest sprawa”. Nie znam szczegółów, dlatego nie podejmę się rozstrzygnięcia w tym konkretnym przypadku.

Diabeł jak zawsze tkwi w szczegółach. Zasadnicze znaczenie ma odpowiedź na pytanie, czy ktoś traci na otwarciu komuś „tylnych drzwi”? Jeśli nie, a podjęte działanie jest medycznie uzasadnione, to nie ma o co kruszyć kopii. Uważam, że system powinien być tak zorganizowany, by nie tylko utrudniać otwieranie „tylnych drzwi”, ale i demotywować pacjentów do szukania dróg prowadzących do niedostępnych dla wszystkich wejść. „Mam ubezpieczenie, wiem, co i na jakich zasadach mi



Sławomir Badurek
diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

UPRZYWILEJOWANI, CZYLI SYNDROM VIP-A

przysługuje, i z tego korzystam” - tak powinno to działać. W praktyce tak nie jest, choć nie da się ukryć, że jest postęp. Przychylność ordynatora dawno przestała być często wykorzystywanym sposobem dostania się do szpitala. Są kolejki, lepiej lub gorzej prowa-

dzone i kontrolowane, ale z całą pewnością niefikcyjne. Brakuje zdywersyfikowanej oferty ubezpieczeniowej. Dostępny w ramach składki jeden jedyny pakiet NFZ jest bardzo szeroki, ale nie gwarantuje dostępu do usług w rozsądnym czasie. Brak czytelnich zasad sprzyja cwaniactwu, jak na przykład wykonywanie badań i konsultacji w SOR (wersja dla tych bez znajomości), tudzież

korzystanie z kuchennych drzwi (wersja dla krewnych i znajomych). Uchyliłbym dodatkowe drzwi do systemu

najważniejszym osobom w państwie. Raczej grupie niż grupie, dobranej według ściśle określonych zasad. Chodzi nie tylko o bezpieczeństwo państwa. Mniej uprzywilejowanych to mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia znanego w literaturze me-

dycznej syndromu VIP-a, czyli wykonywania niepotrzebnych badań, często prowadzących do mylnych wniosków i groźących powikłaniami, tylko dlatego że ktoś jest ważny. Być może w przypadku Mamy Ginekolog mieliśmy do czynienia z odwróconym syndromem VIP-a, tj. badaniem się u leka-

rza, który sam jest VIP-em, a przynajmniej tak się czuje z uwagi na zasięgi w mediach społecznościowych.

P.S. Skoro o uprzywilejowanych mowa, ja też do nich należę. Jesienią 2000 r., korzystając z zaproszenia Marka Stankiewicza, ówczesnego redaktora naczelnego, opublikowałem w „Gazecie Lekarskiej” pierwszy felieton. Bardzo dobrze wspominam współpracę z kolejnymi naczelnymi – Ryszardem Golańskim i Martą Jakubiak. Niedawno dostałem propozycję kontynuowania swojej felietonistyki na łamach „GL” od nowej redaktor naczelnej, Karoliny Kowalskiej. Czegóż chcieć więcej, jeśli dodać do tego liczne wyrazy sympatii od Czytelników podczas bezpośrednich spotkań, przychylne opinie na temat moich tekstów, w tym najbardziej łechcące ego, pochodzące od osób zaczynających lekturę „GL” od mojego felietonu. Najserdeczniej za to dziękuję! To wielka przyjemność móc przez wiele lat gościć w Państwa domach, gabinetach i dyżurkach! Czas jednak powiedzieć STOP i stawić czoła innym, wymagającym lekkiego pióra i czasu wyzwaniom.

”

System powinien demotywować pacjentów do szukania dróg prowadzących do niedostępnych dla wszystkich wejść

JAK POWSTAWAŁ FILM



Lekarze nie powinni mieć dylematów

Spot „Ratowanie życia to nie przestępstwo” to ważny element kampanii samorządu lekarskiego w sprawie *no fault*. Pokazujemy, co działo się za kulisami.

Renata Jeziółkowska odpowiedzialna za nadzór kreatywny i koordynację produkcji z ramienia NIL

By powstały dwa spoty – jeden 1,5-minutowy, drugi prawdopodobnie podobnej długości – konieczne było kręcenie zdjęć przez 15 godzin i obecność na planie 45-osobowej ekipy. Czterema ciężarówkami do szpitala w Dziekanowie Leśnym dowieziono sprzęt audiowizualny, dźwiękowy, oświetleniowy, kostiumy, rekwizyty, agregaty prądotwórcze i materiały charakterystyczne. Łącznie postprodukcja, czyli montaż, udźwiękowienie i dopracowanie kolorystyczne to około 60 godzin. Godziny spędzone na przygotowaniach trudno oszacować...

ZNAKOMICI AKTORZY I FACHOWCY

Stworzenie profesjonalnego spotu wideo to ogromne przedsięwzięcie – czasochłonne, energochłonne, wymagające kreatywności i wyczucia. To niezbędne warunki do przełożenia skomplikowanej problematyki na krótki zrozumiały obraz, wzbudzający emocje.

Do współpracy samorząd lekarski zaprosił niezawodnego Łukasza Palkowskiego, reżysera „Bogów” opowiadającym historię pierwszego udanego przeszczepu serca w Polsce, wykonanego przez zespół prof. Zbigniewa Religi. W roli głównej nie wyobrażaliśmy sobie nikogo innego niż Tomasza Kota odtwórcę roli prof. Religi

w „Bogach”. Lekarkę zagrała Katarzyna Dąbrowska. W każdym z etapów produkcji miałam przyjemność uczestniczyć, współpracując ze znakomitymi postaciami, fachowcami poważnie traktującymi każdy niuans. Kulisy były bardzo ciekawe.

Aktorzy, pytani o to, czy chcieliby stawać przed takimi wyborami, przed jakim stają odgrywane przez nich postaci, nie mieli wątpliwości, że nie.

– Słyszałam o próbach przerzucania odpowiedzialności na lekarzy, robią, ile mogą, by ratować ludzi. Sądzę, że nie powinni dostawać dodatkowo takiego obciążenia psychicznego. Podchodzę do tego z wielką

empathią i wielkim współczuciem – komentowała Katarzyna Dąbrowska. I dodała: – Temat *no fault* jest bardzo ważny, trzeba o nim mówić i uświadamiać ludzi. Tak, by pacjenci mogli zrozumieć, z jaki dylematami muszą się mierzyć lekarze. Nie miałam wątpliwości, że powinnam zagrać w filmie.

Podobne spostrzeżenia miał Tomasz Kot: – Jako pacjent bardzo bym chciał, żeby lekarze nie mieli dylematów, czy ratować ludzkie życie.

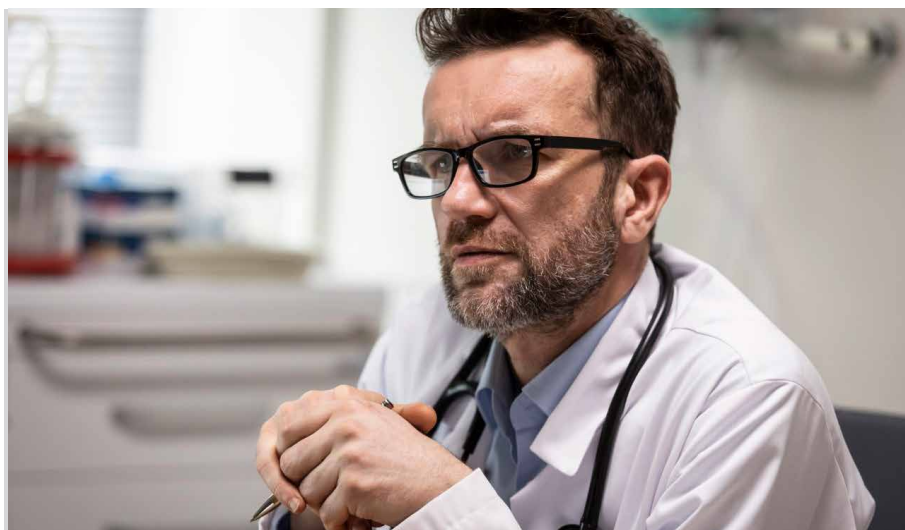
WIELOKROTNI POWTARZANE

Na planie filmowym dbano o najdrobniejsze szczegóły. Ekipa oświetleniowa szpitalne żarówki wymieniała na własne, tak by barwa światła idealnie współgrała z kamerami. Na ściany naklejono specjalnie przygotowane plakaty o tematyce zdrowotnej, dane umieszczone na dokumentach przeglądanych przez lekarzy musiały odzwierciedlać stan zdrowia postaci pacjenta, każdego statystę odpowiednio przebrano i ucharakteryzowano.

Każda scena była wielokrotnie powtarzana przez aktorów, zarówno z uwagi na dążenie do zakładanego sposobu gry, jak też ze względu na techniczne kwestie związane z kadrowaniem – bliskie i szerokie kadry, „granie na Tomka”, a później „na Kasię”. Rozmaite kamery, mikrofony, wózki, stelaże, lampy, doświetlanie pomieszczeń z zewnątrz, przez okna, pomogły w uzyskaniu dynamiki i głębi.

REŻYSER: „MAMY TO”

Reżyser Łukasz Palkowski informował o początku ujęcia, rozbrzmiewał dźwięk „klapasa”, zapadała cisza i dalej się działo. Każdy element, ruch, to co miało miejsce w tle dialogów, było przemyślane i koordynowane. Po kilku powtórkach trwających łącznie co



Tomasz Kot wcielił się w rolę lekarza, który chce za wszelką cenę ratować życie pacjenta

najmniej kilkadziesiąt minut i stwierdzeniu „mamy to” można było chwilę odetchnąć i przejść do kolejnej sceny. Ale tylko chwilę, bo czas był ograniczony.

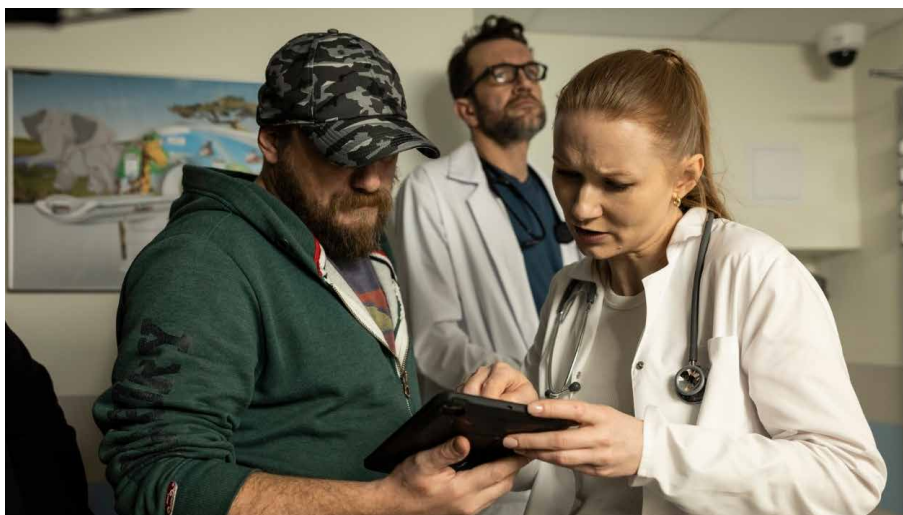
Z uwagi na trudności w zgraniu terminów głównych aktorów oraz kwestie logistyczne w szpitalu zdjęcia musiały „zmieścić się” w jednym dniu. Mimo zmęczenia każda osoba na planie była maksymalnie skupiona, cierpliwa i niezwykle życzliwa. Pełna powaga przeplatała się z rozluźniającymi atmosferę, pozwalającymi nabierać chwilowego dystansu, pogawędkami i żartami. Zdjęcia skończyły się po godz. 22. To, co działo się po zakomunikowaniu przez reżysera końca pracy, było bardzo poruszające – wszyscy dziękowali sobie wzajemnie, gratulowali, przybijali piątki, „tulili misia”. Nie było ulgi, ale satysfakcja, poczucie świetnie wykonanej roboty, poczucie bycia drużyną. Tak, czuliśmy się wszyscy jak jedna drużyna, która odniosła sukces.

– W filmie przybliżamy pacjentom to, czego nie zobaczą podczas wizyty u lekarza, czyli tego, z czym mierzy się sam lekarz, a to nieprawdopodobne problemy. Pokazujemy, że w przypadku niepożądanego zdarzenia w szpitalu lekarz jest traktowany przez prokuratora jak bandyta, który pchnie kogoś nożem w bramie. Na zdrowy rozum to nie do pomyślenia. Czytam to tak, że prawo jest skonstruowane w taki sposób, by lekarz nie leczył. Miejmy nadzieję, że film to będzie ta cegiełka, którą dołożymy do sprawy – podsumował pracę nad spotem reżyser Łukasz Palkowski.

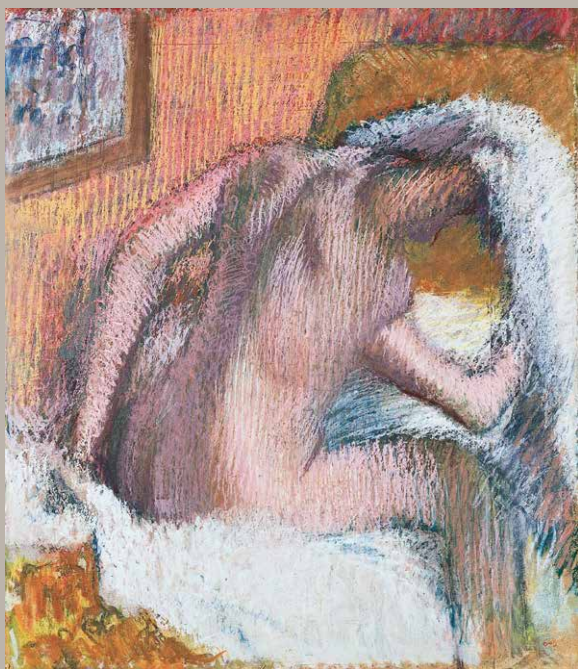
ZGRAĆ AKCJĘ I OKOLICZNOŚCI

Tego, by wszystko zgadzało się pod względem medycznym, pilnował konsultant, dr Marcin Kot. Brał on również udział w konsultacjach scenariusza. W poszczególnych „rozdziałach” pracy uczestniczył producent Marcin Lech. Za scenariusz odpowiedzialna była przede wszystkim Anna Gołębicka. Zajmowałyśmy się kwestiami związanymi z kreacją, w związku z czym obecne byliśmy również przy montażu obrazu i udźwiękowieniu. Zanim obraz, dialogi, „efekty” i muzyka skomponowana przez Bartosza Chajdeckiego idealnie uzupełniły się – minęło wiele godzin, miało miejsce mnóstwo testów różnych pomysłów i dyskusji. Nie można pominąć świetnej współpracy z dyrektcją i pracownikami Szpitala Dziecięcego w Dziekanowie Leśnym. Dzięki otwartości możliwe było sprawne zorganizowanie zdjęć. Kręcenie poprzedzone było kilkoma wizytami w placówce, tak by zgrać akcję i okoliczności.

Pierwszy ze spotów miał już premierę. Niebawem gotowy będzie drugi, odnoszący się do innego problemu. Czyli – ciąg dalszy nastąpi...



Łukasz Palkowski, Tomasz Kot i Katarzyna Dąbrowska na planie



Obraz: Edgar Degas, „Kobieta susząca włosy”, 1900-1908, Norton Simon Art Foundation

BŁĄD MALARSKI

Na miękko

W 1874 r. przy bulwarze Kapucynów w Paryżu zawrzało. Za poruszenie odpowiedzialni byli malarze wystawiający swoje obrazy na niezależnej wystawie. Krytyka kpiąco nazwała ich płótna „impresjonistycznymi”. A co jeśli impresjonizm to bardziej historia grupy niedowidzących kolegów niż decyzja estetyczna o rewolucyjnym dla sztuki wymiarze?



Agata Morka
doktor historii sztuki

Miękkie przejścia pomiędzy kształtami, rozedrgane plamy światłocieni, brak konturu: te wyznaczniki impresjonizmu przyczyniły się do porównania ich stylu przez krytyków do podłej jakości tapet. Edgar Degas pokazywał swoje płótna już na pierwszej wystawie grupy. Był, obok Moneta, Pissaro czy Mary Cassat,

jednym z najbardziej rozpoznawalnych jej członków, a sławę przyniosły mu zwłaszcza portrety tancerek.

Jeśli w latach 80. XIX w. jego obrazy charakteryzowała lekkość i niedopowiedzenie kształtów, to na przełomie wieków tendencja ta znacznie się nasiliła. To z tego okresu pochodzi „Kobieta susząca włosy”. Jej ciało, poznaczone wielością kresek, miękko zlewa się z pokojem, kształty przechodzą płynnie z jednych w drugie. Impresja staje się tutaj niemalże abstrakcją.

Podobną ewolucję widać u kolegi Degasa, Moneta. W tym samym kierunku

zmierzały też płótna Mary Cassat, zanim zdecydowała się przestać malować. Zastanawiające jest, że cała ta trójka impresjonistów miała zdiagnozowane choroby oczu, które znalazły swoje przełożenie na ich sposób widzenia i malowania. Degas skarżył się na kłopoty ze wzrokiem wielokrotnie, miał postępującą chorobę siatkówki oka, w wyniku której widział świat coraz bardziej „na miękko”. Jego późne obrazy to delikatny taniec między pewną umiejętnością wirtuoza a fizyczną nieumiejętnością, między ostrością wzrokowej pamięci i wszechogarniającą go bezsilną miękkością.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 03/2023

1. Usunięcie zdobionego elementu architektonicznego na dole obrazu i zastąpienie go jednolitym beżowym tłem.

Mantegna znany był z wirtuozostwa, jeśli chodzi o wpłatanie rzeczywistych elementów architektonicznych wnętrza do swoich obrazów. W tym przypadku wykorzystał szczyt komina znajdujący się w pokoju i wkomponował go w scenę fresku.

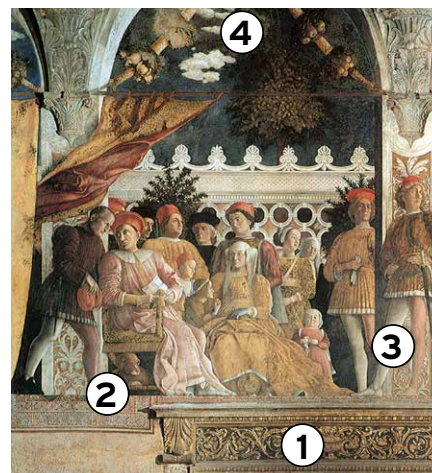
2. Usunięcie psa spod fotela Gonzagi.
Pies Rubino był ważnym członkiem

rodziny Gonzagów, obecność zwierzęcia pod fotelom jego pana była zatem jak najbardziej uzasadniona.

3. Zamiana dwukolorowych spodni postaci z lewej strony obrazu na jednokolorowe czerwone.

Noszenie różnokolorowych nogawek bądź całości odzieży zyskało popularność w epoce renesansu.

4. Dodanie herbu Gonzagów w kluczzu łuku.
Obecność herbu Gonzagów nie byłaby tutaj nieuzasadniona: scena pokazuje potęgę rodziny.



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

NAGRODZENI „GL” 03/2023:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Aleksandra Regiec ze Sromowców Niżnych. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Katarzyba Wrońska (Zielonki), Andrzej Cogiel (Ostrów Mazowiecka), Krystyna Irla (Kraków).



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.
Odpowiedź prześlij na bladmalarzski@gazetalekarska.pl do 17 kwietnia 2023 r.
W temacie maila należy wpisać GL04 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

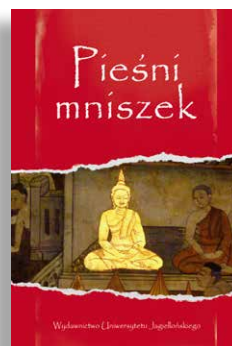
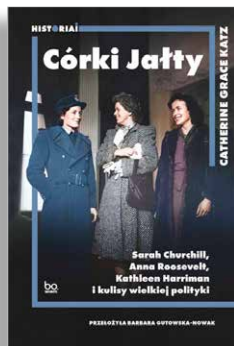
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

CZYTELNIA

I STRASZNO, I ŚMIESZNO

Kto tworzy teorie spiskowe i kto w nie wierzy? Dlaczego kiedyś, nie tak dawno, sądzono, że w kategoriach spisków patrzą na świat tylko słabo wykształceni, skrzywdzeni przez los, biedacy lub dziwacy, a „normalsów” ta przypadłość omija?

Małgorzata Solecka

Dziś takie twierdzenie budzić może co najwyżej wzruszenie ramion, skoro na przykład w szkodliwość szczepionek wierzy pewien (na szczęście niewielki) odsetek absolwentów uczelni medycznych. Co łączy pandemię COVID-19 z epidemią cholery z pierwszej połowy XIX w. i dlaczego powinniśmy się cieszyć, że co prawda w 2020 r. płonęły maszty 5G, ale przy najmniej nie demolowano szpitali?

Książka „Spisek. Czyli kto nam wszczepia czipy i inne popieprzone teorie” Toma Phillipsa i Johna Elledge’a (Wydawnictwo Albatros) dostarcza odpowiedzi na prawie wszystkie pytania rodzące się, gdy przez myśl przechodzi słowo: „spisek”, bynajmniej jednak nie w aurze akademickiego wykładu, ale raczej luźnej rozmowy.

Zaciekawia, nie męczy. W każdej chwili można przerwać, by za chwilę wrócić z pytaniem: - Na czym stanęliśmy?

Autorzy spieszą z odpowiedziami i prowadzą czytelnika przez kolejne strony wypełnione spiskami i paranoją, które przeżyły swój „moment chwały” 6 stycznia 2021 r., podczas ataku na Kapitol, kiedy tłum wyznawców teorii spiskowych (również tych dotyczących pandemii i szczepień), inspirowany przez byłego prezydenta swojego kraju, który pod niejedną taką teorią się podpisał lub mógłby się podpisać, wdarł się do świątyni amerykańskiej demokracji i sprawił, że świat na chwilę wstrzymał oddech.

Od szturmowania na Kapitol i szamana „QAnon” wszystko się zaczyna, ale spora część tej napisanej z niezwykłą erudycją,

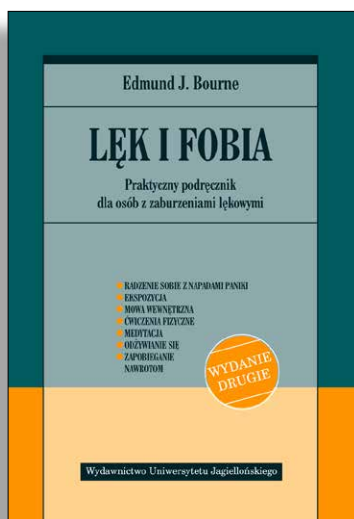


Tom Phillips
i John Elledge
„Spisek.
Czyli kto nam
wszczepia
czipy i inne
popieprzone
teorie”
(Wydawnictwo
Albatros)

momentami budzącej nieklamane rozba-
wienie, a momentami jeśli nie przerażenie,
to bez wątpienia zadumę nad ulotnością
rozsądku jako cechy przynależnej rodza-
jowi ludzkiemu, książka poświęcona jest
„popieprzonym teoriom” związanym ze
zdrowiem publicznym, medycyną, szcze-
pieniami, epidemią. Czyli, absolutnie
wiodącymi (jest też wyjaśnienie, dlaczego)
pod względem skuteczności wehikułami
teorii spiskowych.

Warto sięgnąć, by lepiej zrozumieć me-
chanizmy napędzające powstawanie i roz-
przestrzanie się tych teorii. A może po
prostu po to, by uporządkować argumenty
i móc się nimi podzielić – oczywiście z tymi,
którzy chcą słuchać i rozmawiać, a nie pe-
rorować o depopulacji, plandemii, spisku
Billa Gatesa.

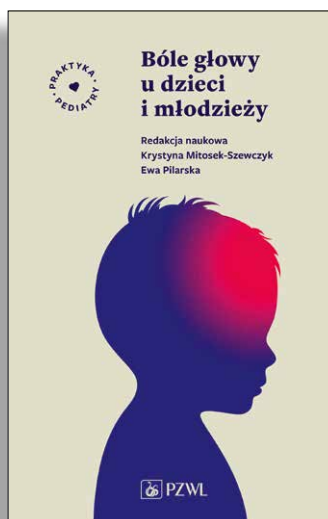
LĘK I FOBIA



Edmund J. Bourne

Poszerzone i zaktualizowane wydanie praktycznego poradnika dla osób z zaburzeniami lękowymi, m.in. cierpiących na agorafobię, lęk uogólniony czy zespół stresu pourazowego. W książce opisane są strategie, oparte na najnowszych badaniach klinicznych, które pomagają przezwyciężać różne lęki, napady paniki i fobie, ciągłe zamartwianie się, a także ułatwiają wyciszenie natrętnych myśli i negatywne myślenie. Autorem publikacji jest specjalista w dziedzinie terapii poznawczo-behawioralnej. Konsultantem merytorycznym polskiego wydania został prof. Wiesław Jerzy Cubała.

BÓLE GŁOWY U DZIECI I MŁODZIEŻY



**Redakcja naukowa:
Krystyna Mitosek-Szewczyk,
Ewa Piłarska**

W publikacji znajdziemy klasyfikację różnych rodzajów bólu głowy występujących u dzieci i młodzieży (z podziałem na pierwotne i objawowe), zgodną z obowiązującą międzynarodową klasyfikacją ICHD-3, kryteria ich rozpoznawania oraz proponowane leczenie. Omówiono m.in. trójdzielne autonomiczne bóle głowy, migreny, bóle głowy typu napięciowego, a także występujące m.in. w chorobach naczyń mózgu, narządu wzroku, laryngologicznych, ogólnoustrojowych, psychicznych, padaczkę.

POEZJA

Snajper

Palec.
Palec na cynglu.
Przed chwilą dłubał w uchu.
No tak, trzeba przyciąć paznokcie.

Teraz już zwyczajnie.
Metal ani ziębi, ani grzeje.
Oswojony, jak złoto obrączki
Na sąsiednim palcu.
Żonkoś co ledwo.
Ile tego? Z dziesięć miesięcy?
Cięża od pół roku, po przepustce.
Może to chłopiec.

Kruszec zdradą nie zbrukany.
Tamtego wieczoru w tamtej wiosce
Dużo rakiji. Krwi nawet więcej.
Ale gwałt to koledzy.
Dobrze odprężyć się przed egzekucją.

Palec na cynglu.
Lubi tę nazwę.
Język spustowy brzmi prowincjonalnie.

Dzisiaj groził nim Jowanowi.
Chciał odebrać ostatniego papierosa.
Palenie uspokaja.

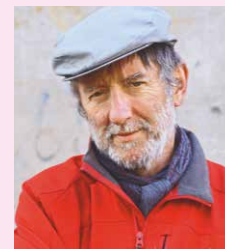
Chłopczyk na rowerku.
Dojrzała kobieta podobna do mamy.
Tak, to trochę stresuje.
Na szczęście koledzy przym wiodą.

Ale poza tym...
Ci faceci niby zwyczajni,
Jak koledzy ze szkoły lub dyskoteki.
Lecz to ci źli.
My dobrzy.
Tak mówili we wsi.
Tak tłumaczy dowódca.
Nie, nie żal ich.

Palec na cynglu.
Linie papilarne mocniej uciśnięte,
Gdy ktoś się pojawi
W nietrafionym miejscu i czasie.

Ale bez wstydu, że będą rozpoznane
Na pocisku,
Co teraz już tam, gdzie trzeba.
Ech, ma się to oko.

Ciekawe...
Komu on niósł tę różę?



KAZIMIERZ PICHŁAK

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

Doktor nauk medycznych. Od ponad dwudziestu lat ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala w Jeleniej Górze. Autor 9 tomików wierszy oraz tekstów piosenek wydanych na dwóch płytach długogrających. Na podstawie jego wierszy powstała sztuka „Na otwartym sercu” wystawiana przez Teatr Animacji w Jeleniej Górze. Wraz z przyjaciółmi muzykami tworzy spektakle literacko-muzyczne. Autor kilkunastu indywidualnych wystaw fotograficznych. Obieżyświat, pasjonat gór, fotografik. Wśród przyjaciół i znajomych niewątpliwie lider w „dziadowaniu” – siedmioro wnucząt! Człowiek spełniony i na ogół szczęśliwy. Od prawie pół wieku mieszka w otoczeniu Karkonoszy. Laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w latach 2017 i 2020 w kategorii „poezja”.

Przychodzi
wena
do lekarza





PHOTOARTMEDICA



Cow run, dr Shourjendra Datta –
traumatolog – Kalkuta, Indie
Złoty Medal Fotoklubu RP
Salonu PhotoArtMedica 2019

GazetaLekarska.pl



www.photoartmedica.pl



Zjazdy koleżeńskie

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO SUM W KATOWICACH, ROCZNIK 2005

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie 18 lat po dyplomie. Spotkanie odbędzie się 16 czerwca 2023 r. w Karczmie Kuban w Goczałkowicach-Zdroju. Chęć uczestnictwa proszę zadeklarować, wpłacając kwotę 190 zł/ os. do dnia 01.05.2023 r. na konto 92 1050 1399 1000 0022 8171 1677, w tytule podając imię i nazwisko uczestnika/ów.
Kontakt: Magda Malinowska, 692 401 180,
Agata Pala-Sadza 668 314 977.

ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1973

Zapraszamy na jubileuszowe obchody z okazji 50-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu, rocznik 1973, które odbędą się 9 września 2023 r. we Wrocławiu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny jest na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce społeczność. Informacji udziela: Patrycja Malec, 501-217-204, e-mail patka.malec@wp.pl.
Komitet Organizacyjny: Halina Bielecka, Michał Jeleń, Roman Kopeć, Jerzy Leszek, Bernard Panaszek, Elżbieta Rutańska.

**ABSOLWENCI AKADEMII MEDYCZNEJ
W KRAKOWIE 1957/63R.**

W 60. rocznicę uzyskania dyplomu spotkajmy się w sobotę 27 maja 2023 r. o godz. 10 tradycyjnie u „św. Mikołaja”. Spotkanie towarzyskie i obiad - jak ostatnio w Kasynie Oficerskim. Szczegóły u Teresy i Jasia, tel. 663 212 241, 12 655 39 09 i 781 445 057. Do usłyszenia i zobaczenia.

**ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM
WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1974-1980**

Zapraszam na spotkanie absolwentów w hotelu Cottonina w Świeradowie-Zdroju 23-25.06.2023 r. Kontakt: Karina Paszkowska, tel. +48 518 721 836, kpaszkowska@cottonina.pl. Więcej informacji na stronie: amw1980.pl Pozdrawiam Andrzej Szuba

**ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGII
AMG ROCZNIK 1961-1967**

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie w dniach 22-24 września w hotelu Prawdzic w Gdańsku. Prosimy o zgłoszenie uczestnictwa do dnia 20 kwietnia 2023 r. na stronie: infozjazd@gmail.com lub telefonicznie. Osoby towarzyszące mile widziane. Szczegółowy program spotkania oraz koszty podamy po zgłoszeniu uczestnictwa. Organizatorzy: J. Mierzejewska-Zielińska, B. Gurda-Ratajczak, tel. 602605815, S. Makulec, tel. 603686480, E. Chamera-Hołownia tel. 692200764.

Ogłoszenia

Ogłoszenia



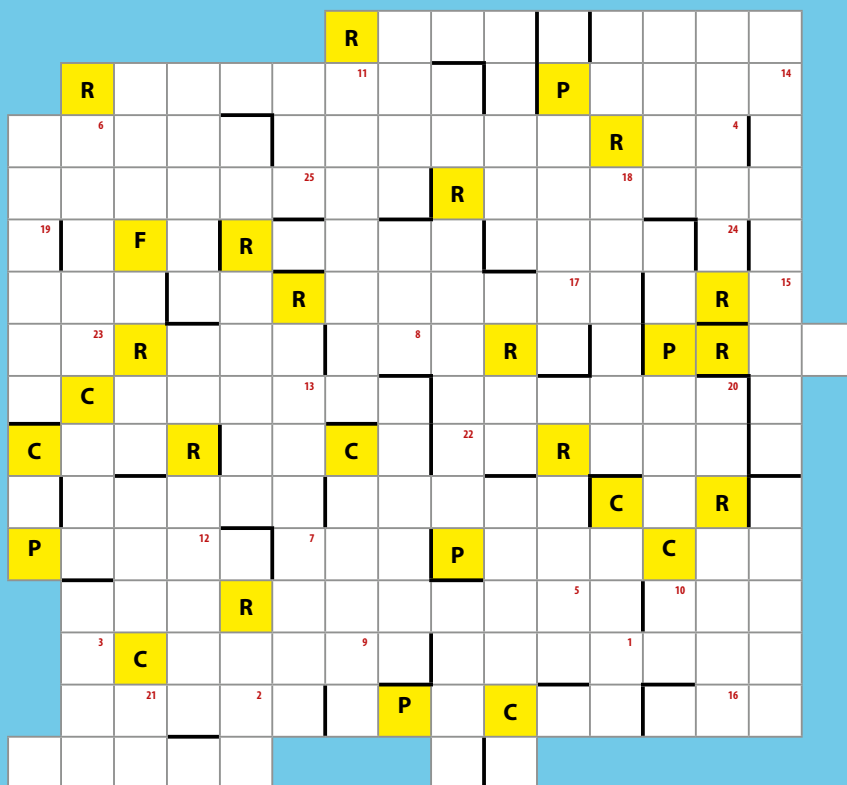
UWAGA: Uprzejmie informujemy, że ogłoszenia do „Gazety Lekarskiej” przyjmujemy pod numerem telefonu: (22) 559 13 26. Ostateczny termin przysyłania zamówień do numeru 5/2023 upływa 14.04.2023. Warunkiem zamieszczenia ogłoszenia jest dołączenie do zamówienia dowodu wpłaty.

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 69 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, F, P i R.

Na ponumerowanych polach ukryto 25 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki. Hasło należy przestać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 kwietnia 2023 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* nowotworowy wirus RNA * Sir Roger George * firma naszej czekolady
* lingua * Saudyjska * 13. rocznica ślubu * korczyzna dolna * Marek,
główny sojusznik Cezara * po zdrobnieniu trydunek * pajak skoczek
* największy gołąb * rezonans magnetyczny * Regensburg * wynalazł
telegraf elektryczny * kwasność (łac.) * założył Porozumienie * między
wodorem a litem * staroperski napój ofiarny * świątynia w Mekce
* wprowadzenie narządu do narządu (łac.) * samiec kozicy * kraina
z Malmö * grube i cienkie * szef rodziny Cartwright * rezultat * na rękach
chirurga * sok na wino * opłata za przystąpienie * guz nerki wydzielający
w nadmiarze reninę * ojciec Ziemiowita * agresor ze Wschodu * wziernik
do oglądania jamy płucnej * dach na słupach * nimfa, piastunka Zeusa
* Siedzikówna * nauka o gospodarce * zaczyna się i kończy po gongu
* delfin miecznik * między Illinois a Nebraską * kontroler * Stratos Fiata
* odciecie koronczyny * niderlandzki malarz Filipa Dobrego * rosyjski
cesarz * matka zastępcza * z Australii * plemię Winnetou * inicjator

antyseptyki * weksel ciągniony * Biały dla Bidena * roztwory koloidowe
* kozer, argument * scena dla Gołoty * kobyła * wypływa z łodzi *
pokój pacjentów * włoskie danie z ryżem * odsysa płyn * stolica Albanii
* napisał „Lalkę” * nauka o substancjach * urok * fundus * afrykańskie
psowate * Fronczewski jego mistrzem * zez utajony * skraj drogi
* pierwiastek do leczenia rątczy * indeks płynu owodniowego (ang.)

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 281 („GL” nr 02/2023)
Jedno jabłko dziennie trzyma lekarza z dala.

Nagrody otrzymują: Alicja Amrogowicz (Drezdenko), Dominika
Duszyńska (Białe Błota), Monika Dzieciolowska (Szczecin), Kazimiera
Margańska (Przemyśl), Aleksandra Podulka (Kraków).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 71 / Regulamin konkursu dostępny na
www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 193 200 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

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

**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).

