

GAZETA LEKARSKA

OPIEKA JESZCZE PRZED ● NARODZINAMI

strony 13-20



28

Medyczni
dywersanci

66

Jakub Sieczko:
Porzućcie evidence
based medicine

13

Opieka jeszcze przed narodzinami

FELIETON PREZESA NRL

- 4 Łukasz Jankowski: Wspólnie zatrzymaliśmy ustawę

WAŻNE SPRAWY

- 6 Niedosyt z nutą sukcesu
12 Klaudiusz Komor: Receptę poproszę

TEMAT NUMERU

- 13 Opieka jeszcze przed narodzinami
18 Dbamy o matkę i dziecko

AKTUALNOŚCI

- 22 Jakość i bezpieczeństwo dla lekarza i pacjenta
24 Dlaczego potrzebujemy „obrony koniecznej” życia i zdrowia pacjenta
26 Dlaczego zdrowie nie wybrzmi w kampanii wyborczej
28 Medyczni dywersanci
30 Czas zmienić zasady refundacji

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 33 Nowe urlopy i zwolnienia pracowników
34 Praca zdalna i zakaz konkurencji
36 Nowa procedura oceny etycznej badań
38 Już samo postępowanie może być karą
39 O szefowaniu można zapomnieć. Na jakiś czas

PODATKI I FINANSE

- 40 Jeśli lekarz nie płaci, fiskus idzie do rodziny
41 Nie złożyłeś PIT? Licz się z konsekwencjami

PRAKTYKA LEKARSKA

- 42 Paweł Barucha: Co nowego w stomatologii
42 Pakiety do poprawki
44 Mapa dla „boskiej matki”
46 Na świecie tylko na chwilę
49 Perspektywy medycyny
50 Docenić diagnostykę laboratoryjną
52 Mariusz Politołowicz: Odpowiednik to też dobry lek

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 54 Jakub Kosikowski: Skuteczny lobbying samorządu
54 O tym się mówi
56 Wsparcie prawnika i OC dla wszystkich
59 Jak badać bezdech senny w łóżku pacjenta
60 Staranne podejście do danych medycznych to inwestycja w przyszłość
62 Termograficzny dron na wojnie z rakiem piersi
64 XI Kongres Polonii Medycznej

PO GODZINACH

- 66 Jakub Sieczko: Porzućcie evidence based medicine
68 Błąd malarski: Na wątrobie
70 Jarosław Wanecki: Kto się boi Wirginii Woolf?
71 Przychodzi wena do lekarza: Pogrobowiec
72 Czytelnia – recenzje książek
73 Kultura
75 Sport
76 Zjazdy koleżeńskie
77 Ogłoszenia
82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Karolina Kowalska
redaktorka naczelna

W WALCE O JAKOŚĆ

Maj niezmiennie kojarzy się z Dniem Matki. Nieprzypadkowo więc tematem numeru czynimy medycynę matczyno-płodową, o której sukcesach coraz częściej mówią media ogólnopolskie. Informacja o tym, że nienarodzone jeszcze dziecko nie rozwija się prawidłowo lub ma wady rozwojowe, jest ciosem dla każdej matki. Jeszcze pod koniec XX w. takie rozpoznanie często było wyrokiem. Dziś wiele dzieci udaje się wyleczyć, o czym opowiadamy w artykule na stronie 13-20.

W maju mija także pierwszy rok obecnej kadencji Naczelnej Rady Lekarskiej. W wywiadzie przeprowadzonym przez znakomitą dziennikarkę zdrowotną Małgorzatę Solecką prezes NRL Łukasz Jankowski opowiada, co już udało się zrobić, a co pozostaje wyzwaniem. Po stronie sukcesów wymieniam odrzucenie przez parlamentarzystów niekorzystnej dla lekarzy i pacjentów rządowej ustawy o jakości. I utworzenie Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, które ma wypracować odpowiednie regulacje.

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Ustawa o jakości, zwana również często „ustawą o bylejałości” ze względu na wiele jej wadliwych, wypaczających realną jakość przepisów, została zatrzymana w Sejmie. W życie nie wejdą przepisy, które dodatkowo utrudniałyby funkcjonowanie i tak borykającego się z licznymi problemami systemu ochrony zdrowia. To wielki sukces środowiska lekarskiego. Rzadko bowiem się zdarza, że szkodliwe pomysły rządzących udaje się zatrzymać nie poprzez uliczne protesty, ale poprzez merytoryczne przekonywanie parlamentarzystów i opinii publicznej.

To była tytaniczna praca wszystkich medyków. Odbiliśmy setki spotkań, spędziliśmy wiele godzin, przekonując polityków ze wszystkich opcji politycznych do naszych racji, prowadziliśmy aktywność medialną, tłumacząc opinii publicznej nasze zastrzeżenia, reprezentowaliśmy środowisko lekarskie na wielu posiedzeniach dotyczących tego aktu prawnego w Sejmie i Senacie, zaproponowaliśmy liczne merytoryczne poprawki, a kiedy nie zyskały one przychylności decydentów, zaapelowaliśmy o odrzucenie ustawy w całości.

Rozpoczęliśmy kampanię społeczną „Ratowanie życia to nie przestępstwo”, poprzez którą próbowaliśmy przemówić do wyobraźni rządzących i skłonić ich do zmiany wadliwych przepisów, pokazując prawdziwe dylematy, z którymi mierzą się lekarze. W obronę systemu ochrony zdrowia przed wejściem w życie szkodliwej ustawy zaangażowaliśmy całe środowisko medyczne – to w Naczelnej Izbie Lekarskiej powstał wspólny apel Liderów Zawodów Medycznych do parlamentarzystów o odrzucenie ustawy. Angażowaliśmy się też w aktywne współdziałanie w ramach Porozumienia Organizacji Lekarskich. Braliśmy udział w licznych rozmowach z organizacjami reprezentującymi pacjentów.



Łukasz Jankowski
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

WSPÓLNIE ZATRZYMALIŚMY USTAWĘ

Aktywizowaliśmy i angażowaliśmy członków naszego samorządu – na bieżąco informowaliśmy drogą mailową i izbowymi kanałami o naszych pracach i po raz pierwszy w historii samorządu wysłaliśmy SMS-y do wszystkich lekarzy w Polsce, zachęcając do podpisania petycji do Prezydenta RP o ewentualne zawetowanie ustawy, a następnie informując o sukcesie całego środowiska (jeśli nie dostali Państwo takich SMS-ów, proszę sprawdzić, czy w rejestrze lekarzy w OIL zgłosili Państwo aktualny numer telefonu).

Bardzo dziękuję za Państwa zaangażowanie, podpisy pod petycją, edukację pacjentów i za to, że dzięki tym działaniom miałem poczucie, że zjednoczyliśmy się jako środowisko we wspólnej sprawie. Hasło „słuchać – angażować – skutecznie działać”, które rok temu nieśliśmy

na wyborczych sztandarach do samorządu, znalazło odzwierciedlenie w praktyce przy okazji prac nad ustawą o jakości. Udało się zatrzymać szkodliwe przepisy, ale jako lekarze widzimy pilną potrzebę działań na rzecz jak najwyższej jakości w systemie, bo marzy nam się system, który uczy się na błędach, promuje jakość i umożliwia dążenie do wysokiej jakości. Dlatego wraz z naszymi partnerami z Porozumienia Organizacji Lekarskich (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Rezydentów OZZL) wspólnie powołaliśmy Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa. Zaprosiliśmy do współpracy Ministerstwo Zdrowia, rzecznika praw pacjenta, organizacje pacjentów, przedstawicieli zawodów medycznych oraz ekspertów, żeby wytyczyć mapę drogową dla prawdziwej poprawy jakości w ochronie zdrowia.

Być może nie będzie to jedna ustawa, możliwe że będą potrzebne korekty w istniejących aktach prawnych albo też działania organizacyjne na podstawie już istniejących przepisów. Na pewno potrzebny jest dialog i konsensus z uwzględnieniem punktu widzenia profesjonalistów medycznych i temu ma służyć powołane forum. Punktem wyjścia do rozmów mógłby

być nasz samorządowy projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia, który zawiera w sobie przepisy zmierzające do wprowadzenia prawdziwej klauzuli *no fault*. Cieszę się, że jako samorząd możemy aktywnie reprezentować nasze środowisko w obu etapach działań – nie tylko na etapie negacji szkodliwych przepisów, ale także kreacji otaczającej nas rzeczywistości.

”
**Bardzo dziękuję
za Państwa
zaangażowanie,
podpisy
pod petycją
i edukację
pacjentów**

Niedosyt Z NUTĄ SUKCESU

Nie można mówić o realizacji postulatów samorządu bez adekwatnego wzrostu finansowania całego systemu ochrony zdrowia. I tego właśnie się domagamy – mówi prezes Naczelnej Rady Lekarskiej **Łukasz Jankowski** w rozmowie z Małgorzatą Solecką.

14 maja mija rok, od czasu gdy delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów powierzyli Panu stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL). Jakie uczucia przeważają, gdy patrzy Pan na te ostatnie dwanaście miesięcy? Zadowolenie? Duma? A może rozgoryczenie czy przygnębienie?

Zdecydowanie niedosyt. Gdybym teraz czuł zadowolenie, a już na pewno dumę, byłoby to nieuzasadnione, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę to, co dzieje się na zewnątrz samorządu, w systemie ochrony zdrowia.

Czuję niedosyt, bo co prawda byłem przygotowany, że ze względu na liczbę problemów i wyzwań będzie to trudny rok, ale mimo wszystko miałem nadzieję, że uda się w tym czasie więcej wypracować dla lekarzy. Są obszary, w których jesteśmy kilka kroków dalej. Ale myślę, że niedosyt jest uzasadniony. Chyba dobrze, że dominuje, bo będzie siłą napędową na kolejne trzy lata.

Ten niedosyt byłby znacznie większy, gdyby nie decyzja Sejmu o odrzuceniu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jako samorząd lekarzy we współpracy z innymi organizacjami zrzeszającymi lekarzy, a także przedstawicielami innych samorządów i organizacji zawodów medycznych wykonaliśmy – nie waham się użyć tego słowa – tytaniczną pracę na rzecz odrzucenia tego szkodliwego i groźnego dla systemu, pracowników i pacjentów

bubla prawnego. Jednym głosem, ale udało się obronić zdroworozsądkowe stanowisko Senatu. Ustawa trafiła do kosza.

To niewątpliwy sukces, ale porozmawiajmy najpierw o problemach najważniejszych z punktu widzenia samorządu lekarskiego.

Największym problemem jest to, co dzieje się w Sejmie. Uchwalane są kolejne ustawy, które nie tylko nie poprawiają, ale wręcz pogarszają warunki pracy lekarzy i sytuację pacjentów. Niepokoi, że nie wiadomo z jakiego powodu i za czym przyzwoleniem i błogosławieństwem grupa posłów podejmuje działania, których celem jest wprowadzenie nadzoru nad funkcjonowaniem samorządu lekarskiego, a być może w dalszej perspektywie w ogóle zamach na lekarską samorządność.

Próby dyscyplinowania samorządu lekarskiego czy prawdopodobna chęć ograniczenia lekarskiej samorządności idą ramię w ramię z ruchami antyszczerpionkowymi, które cieszą się poparciem części polityków z mniejszych ugrupowań. To poparcie wpisuje się w toczącą się już od kilku miesięcy kampanię wyborczą.

Patrząc od wewnątrz samorządu, nie możemy zapominać, że co prawda rok może się wydawać perspektywą stosunkowo długą, ale tak naprawdę wszystko, co wydarzyło się umowny rok temu jest wciąż dość świeże. Można powiedzieć, że sytuacja ustabilizowała się dopiero niedawno.

Zdefiniowaliśmy na nowo, po co jest Naczelna Izba Lekarska (NIL), i przeszliśmy zmianę paradygmatu samorządu.

A nie ma Pan wrażenia, że to wszystko wydaje się ciągle bardzo świeże, dlatego że w ciągu minionego roku żaden z problemów, które dotyczyły czy to system ochrony zdrowia, czy środowisko lekarskie nie miał nawet szans wybrzmieć do końca, nie mówiąc o wypracowaniu jakiegos rozwiązania? Ciągłe pojawiały się kolejne.

Nie tylko pojawiały się kolejne, ale wiele razy ze strony decydentów dochodziło do swoistego wywrócenia stolika. Narzucał warunki debaty publicznej wymagając ogromnej elastyczności. Najlepszym przykładem jest liczba lekarzy. Przez lata dogmatem było, że jest nas za mało. Również samorząd lekarski powtarzał, że zbyt mała liczba lekarzy jest problemem. Okazuje się jednak, że realną przeszkodą jest zbyt mała liczba lekarzy w systemie publicznym.

Kolejną kwestią jest kształcenie. Przez wiele lat samorząd lekarski walczył o zwiększenie liczby miejsc na kierunkach lekarskich. Zamiast w sposób planowy uzupełniać niedobory lekarzy w systemie publicznym, rządzący bez żadnej strategii starają się pokazać społeczeństwu, jak wielu nowych mogą wykształcić. Bez oglądania się na jakość. Mówiąc wprost – wylewają dziecko z kąpielą.

Do tego oczywiście dochodzi ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, którą postulowaliśmy, ale ani nie w wersji, jaką kilkanaście miesięcy temu, przedstawiło Ministerstwo Zdrowia, ani tym bardziej w wersji, która była procedowana w parlamencie.

Może wcale nie chodzi o elastyczność, tylko o to, że jednocześnie decydenci otworzyli w systemie wiele frontów. Ten, kto ma przewagę, łatwiej może zrealizować swój cel.

To bezsporne, ale rzeczywistość zmienia się błyskawicznie, więc elastyczność staje się warunkiem koniecznym nie tylko sukcesu, ale wręcz przetrwania. Pamiętajmy, że jeszcze dwa lata temu, jesienią 2021 r., jednym z głównych postulatów protestu medyków i Białego Miasteczka 2.0 były płace.

Ale przecież nie płace lekarzy.

Rzeczywiście, środowisko lekarskie nie wysuwało tych żądań na pierwszy plan, choć gdyby dokonać przeglądu ówczesnych doniesień medialnych, to założyć się, że większość materiałów zaczynałoby się



FOTO: ARCHIWUM NIK

od stwierdzenia, że lekarze walczą o podwyżki. Do opinii publicznej to się zawsze przebija.

A jak było w rzeczywistości? Nasz postulat trzykrotności średniej krajowej dla lekarzy specjalistów i odpowiednio mniejszych wynagrodzeń minimalnych dla pozostałych lekarzy pozostaje aktualny, ale jest trudny do zrealizowania. Gołym okiem widać, że w niedofinansowanym systemie podmiotom leczniczym często brakuje pieniędzy nawet na płace minimalne.

Proszę spojrzeć na to, co stało się z finansami szpitali, gdy weszła w życie ostatnia nowelizacja ustawy o minimalnych wynagrodzeniach pracowników ochrony zdrowia. Wyobraźmy sobie, że pierwsza grupa ma współczynnik 3,0, a nie 1,45, jak jest w tej chwili. I, co oczywiste, odpowiednio wyższe muszą być też współczynniki innych grup zawodowych, nie tylko lekarskich. Nie można mówić o realizacji tego postulatu samorządu bez adekwatnego wzrostu finansowania całego systemu ochrony zdrowia. I tego się domagamy.

Jeśli w tej chwili przeciętny Polak ma jakieś skojarzenia, gdy słyszy „wynagrodzenia lekarzy”, to słowo „minimalne” jest na ostatnim miejscu, jeśli w ogóle znajduje się w zestawieniu. Raczej będzie to „70-80 tys. zł miesięcznie dla wcale nie wybitnego lekarza” czy 700 zł za godzinę, których mają się domagać od dyrektorów szpitali niektórzy specjaliści. W tym kontekście apele o zrobienie porządku z izbami lekarskimi, które blokują dostęp do zawodu dla lekarzy spoza UE, bo nie chcą zmniejszenia presji płacowej, mogą trafić na podatny grunt.

Czyli totalny chaos. Sytuacja robi wrażenie wywołanej i utrzymywanej w sposób celowy. Wywołanie tematu lekarskich wynagrodzeń jako przyczyny wszelkiego zła w ochronie zdrowia jest oczywiście dla polityków niezwykle korzystne, bo odwraca uwagę od rzeczywistych problemów systemu, poczynawszy od fundamentalnego, czyli poziomu finansowania ochrony zdrowia. Chcąc być partnerem w toczącej się grze, samorząd musi nie tylko reagować na kolejne enuncjacje, ale wręcz przewidywać, co tak naprawdę rządzący mają na myśli czy też jakie polityczne interesy są na tapecie.

A jakie są?

W tej chwili przede wszystkim interes wyborczy. Zjednaniu czy też utrzymaniu elektoratu służy również spektakularne zwiększanie liczby miejsc na studiach lekarskich. To obietnica zwiększenia liczby lekarzy, a więc w domyśle poprawy dostępu do ich usług. Nawet jeśli wykształci się tylu lekarzy, ilość nie przejdzie w jakość, a wielu z nich nie podejmie pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia.

Przeszkodą pozostanie nie tylko liczba miejsc stażowych i specjalizacyjnych, ale przede wszystkim warunki pracy i bezpieczeństwo leczenia odstręczające od

pracy w publicznym systemie. Przykładów podporządkowania tematów ochrony zdrowia interesom politycznym jest znacznie więcej.

Jednym z tych problemów, o którym Pan zresztą wspominał, jest poziom wydatków publicznych na zdrowie. Nie mogę nie przypomnieć, że w 2017 r. walczył Pan, ramię w ramię z kolegami z Porozumienia Rezydentów OZZL o 6,8 proc. PKB na zdrowie. Z takim postulatem siadaliście do rozmów z ministrem zdrowia Łukaszem Szumowskim, by ostatecznie zgodzić się na 6 proc. PKB w 2024 r., czyli rok wcześniej, niż przewidywała pierwotna ustawa. Powinien się więc Pan cieszyć, że już w tym roku mamy szansę osiągnąć nawet 6,5 proc. PKB, ale oczywiście nikt się nie cieszy – bo to będzie 6,5 proc. PKB z 2021 r., a realnie wydamy...

... 4,8 proc.?

4,8 proc., może 4,9... Jeśli pójdzie dobrze, minimalnie przekroczymy 5 proc. PKB, ciągle poruszając się w zakłętym kręgu kilku dziesiętnych części punktu procentowego. Ale jest przecież niemal pewne, że w kampanii wyborczej zostanie użyte zestawienie: 4,5 proc. PKB na zdrowie w 2015 r., 6,5 proc. w 2023. Nie tylko dobra, ale bardzo dobra zmiana. Jednak utwierdzanie się w poczuciu sukcesu, dobrze wypełnionej misji, blokuje już nie tylko poważną, ale jakąkolwiek dyskusję o konieczności zwiększania nakładów na zdrowie. Stoimy w miejscu, tymczasem w systemie z jednej strony przybywa potrzeb, zwiększa się popyt, ale z drugiej strony rośnie wolumen kapitału ludzkiego po stronie podaży. Przybywa lub ma przybyć pracowników. Może wzrost liczby lekarzy będzie nieco odłożony w czasie, ale rządzący chwalą się, jak rosną kadry w innych

zawodach medycznych. Utrzymywanie wydatków na zdrowie na praktycznie stałym lub rosnącym w ślimaczym tempie poziomie względem PKB przy szybkim wzroście kadr musi doprowadzić do dwóch zjawisk: ograniczenia dostępności do świadczeń w systemie publicznym lub zahamowania wzrostu wynagrodzeń. Oczywiście te zjawiska mogą wystąpić łącznie, z różnym nasileniem. To nie jest perspektywa dekady, ale być może jeszcze tej kadencji samorządu lekarskiego.

Dlatego samorząd powtarza, że w tych zmianach nie ma strategii dla systemu. Wszystko jest podporządkowane interesowi politycznemu. To oczywiście prędzej czy później przyniesie opłakane skutki, ale pytanie, czy rządzący poniosą za to odpowiedzialność? Na razie wydaje się, że niekoniecznie. Zręczności politykom odmówić nie sposób, więc może się okazać, że ostatecznie konsekwencje nie tylko błędnych, ale wręcz złych decyzji poniosą jak zwykle pracownicy ochrony zdrowia i pacjenci.

Zręczność żonglerki faktami i danymi rzeczywiście momentami imponuje, podobnie jak łatwość narzucania pożądanego przez decydentów narracji. Wyniki ostatniego Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) są prezentowane w taki sposób, by pokazać, że „nowe” uczelnie dobrze sobie poradziły, ergo – obawy samorządu lekarskiego co do jakości kształcenia nie są uzasadnione. Nie zwraca się uwagi choćby na to, że mowa o uczelniach, które przez długi czas przygotowywały się do uruchomienia kierunków lekarskich i musiały spełnić wszystkie wymogi akredytacyjne przepisów, które obowiązywały sześć, siedem lat temu.

Samorząd lekarski stoi na takim samym stanowisku jak Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM). LEK w swojej dzisiejszej formie nie spełnia swojej funkcji. Nie weryfikuje wiedzy. Pytania z bazy powinny stanowić co najwyżej 20 proc. pytań albo w ogóle baza powinna zniknąć. 70 proc. pytań z bazy miałyby sens tylko wtedy, gdyby baza liczyła nawet nie kilkakrotnie, ale dziesięć- lub kilkunastokrotnie więcej pytań niż obecnie. Gdy usłyszałem, że dziennikarze branżowi, nieposiadający wykształcenia medycznego, zastanawiają się nad podejściem do LEK, dotarło do mnie, że ten newralgiczny w karierze młodego lekarza moment stał się po prostu memem.

Ministerstwo Zdrowia nie wydaje się tym przejęte, bo ciągle słyszymy, że ostatecznie jakość kształcenia zweryfikuje taki sam dla absolwentów wszystkich uczelni LEK.



Który niczego nie weryfikuje, taka kwadratura koła. My widzimy to również po wynikach lekarzy spoza UE. Lekarze, dla których stary LEK był problemem i podchodzili do niego po kilka razy, teraz zdają ten egzamin, można powiedzieć, hurtowo. Uczą się bazy, zdają z marszu.

Ministerstwo problemu nie widzi, bo to jest, jak się wydaje, część planu. Jak najszerszy nabór na studia lekarskie, likwidacja stażu, który mógłby być wąskim gardłem, uproszczony LEK. Być może drastyczne ograniczenie możliwości specjalizacji i zastąpienie ich umiejętnościami, a na razie, w pierwszym kroku, skrócenie czasu specjalizacji. Jednym słowem fелczeryzacja.

W ciągu ostatniego roku, może nawet dwóch, próżno było wypatrywać stanowiska rektorów starych, akademickich, uczelni medycznych wobec zmian dokonywanych w systemie kształcenia studentów kierunków lekarskich. Ostatnie tygodnie przyniosły pewne zmiany. Pytanie, czy nie za późno, bo mleko w postaci pozwoleń na otwieranie kierunków lekarskich już się w dużej części wylało, choć kolejka chętnych ciągle się wydłuża. Na początku kwietnia, bynajmniej nie w prima aprilis, akces zgłosiła Akademia Kultury Społecznej i Medialnej, czyli uczelnia związana z ojcem Tadeuszem Rydzykiem.

Przedstawiciele KRAUM coraz częściej i wyraźniej mówią o swoich obawach, wręcz podpisują się pod tym, co w sprawie kształcenia na kierunkach lekarskich ma do powiedzenia samorząd. Optymalnym rozwiązaniem, godzącym potrzebę kształcenia kadr lekarskich z koniecznością zachowania jego najwyższych standardów,

byłoby otwieranie filii uniwersytetów medycznych i część uczelni już takie plany ma. Oparcie filii na bazie naukowo-dydaktycznej uczelni akademickich daje pewną rękojmię, że absolwenci będą przygotowani do dalszego kształcenia w zawodzie lekarza. Takiej rękojmi nie dają szkoły, które w tej chwili starają się o pozwolenie na otwieranie kierunków lekarskich.

A o co chodzi posłom, którzy stoją za zespołem badającym funkcjonowanie izb lekarskich?

Wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o zbadanie zgodności z konstytucją obowiązku przynależności do izb lekarskich nie tylko jest już przez grupę posłów przygotowany, ale ma być lada dzień złożony.

Rok temu, tuż przed Krajowym Zjazdem Lekarzy i Lekarzy Dentystów, grupa posłów Zjednoczonej Prawicy złożyła w Trybunale analogiczny wniosek dotyczący samorządów zawodów prawniczych. Pisałam wtedy, że jest tylko kwestią czasu, jak przyjdzie kolej na izby lekarskie. I wszystko wskazuje, że przyszła. Oba wnioski mają wsparcie polityków, którzy blisko współpracują z ministrem sprawiedliwości. Ministerstwo Sprawiedliwości aktywnie włącza się w prace zespołu zajmującego się badaniem funkcjonowania izb lekarskich, a mówiąc wprost – sądów lekarskich, bo ten wymiar samorządności jest w tej chwili w centrum uwagi. Pojawiają się zapowiedzi, że prokurator będzie się włączał w sprawy przed sądami lekarskimi. Można dopatrywać się w tych działaniach bardziej dalekosiężnego celu, jakim jest ograniczenie – a może likwidacja – samorządu lekarskiego.

Wspomniałem o tym zagrożeniu na początku naszej rozmowy, bo to jedno

z najistotniejszych wyzwań, z jakimi będziemy się musieli zmierzyć. Już rok temu, podczas zjazdu, zwracałem w swoich wystąpieniach uwagę na konieczność wzmocnienia pionu odpowiedzialności zawodowej, niejako wyprzedzając obecnie formułowane zarzuty. Na zapowiedziach się nie skończyło, bo został on realnie wzmocniony – finansowo i szkoleniowo. Ten proces jeszcze trwa, trwa reorganizacja. Nie zamierzamy nikomu ułatwiać zadania i twierdzić, że pion odpowiedzialności zawodowej chroni korporacyjne interesy środowiska lekarskiego.

Na razie bacznie obserwujemy sytuację. Natomiast mam świadomość, że jeśli po wyborach w Sejmie grupa niechętna lekarskiej samorządności jeszcze się wzmocni, może dojść do takiej zmiany prawa, że powstanie kilka izb. Może dojść do rozkładu samorządu. Rządzący nie biorą pod uwagę jednego – że nasza działalność polega nie na pracy dla samorządu, ale dla środowiska. I że możemy ją wykonywać nawet bez izb.

A czy do izb lekarskich trafiły już powiadomienia z prokuratury o przystąpieniu prokuratorów do spraw toczących się przeciwko lekarzom, którzy głoszą poglądy niezgodne z Evidence Based Medicine (EBM)?

Na dziś nie. Na razie parlamentarzyści zwracają się do nas w trybie dostępu do informacji publicznej m.in. o wyroki sądów, ile kosztowały opinie prawne czy na jakie cele były przeznaczane środki z nakładanych na lekarzy kar finansowych. Widzimy, że zbierane są materiały. I intencją nie jest bynajmniej poszerzanie wiedzy pytających, ale zebranie informacji pod pewną tezę. Przygotowujemy się merytorycznie do dyskusji, która rozpocznie się prędzej czy później.

W ostatnich miesiącach 2022 r. dominującym tematem, który wydawał się absorbować lekarzy i lekarzy dentystów, nie były jednak kwestie systemowe czy zagrożenia dla samorządności, ale absolutnie wewnętrzna sprawa wysokości składki. Skokowa podwyżka składki wydawała się decyzją na tyle drastyczną, że pod koniec roku NRL złagodziła uchwałę, dając okręgowym izmom lekarskim możliwość zmniejszania wymiaru składki w uzasadnionych przypadkach. Dużo jest takich decyzji?

Analizujemy sytuację i przynajmniej na razie z danych przekazywanych przez izby okręgowe wynika, że o zmniejszenie czy też zwolnienie ze składki wnioskują pojedyncze osoby. Każdy z członków NRL

głosował zgodnie ze swoim sumieniem. Myślę, że decyzję tę można uznać za odpowiedzialną z perspektywy inflacji, rosnących kosztów, ale także piętrzących się przed nami wyzwań i stawianych przed nami oczekiwań, że będziemy działać na rzecz środowiska w sposób profesjonalny. Powiem więcej, patrząc na koszt pieniądza, NIL pożyczyła pieniądze tym izbom, które miały zaciągnięte pożyczki bankowe, by mogły je spłacić i nie wydawać pieniędzy ze składek swoich członków na gigantyczne odsetki.

Z drugiej strony, wyższa składka dała możliwość podwojenia budżetów rzeczniczki odpowiedzialności zawodowej i sądu lekarskiego, co jest bardzo istotne w kontekście niewątpliwych zakusów na naszą samorządność. Te pieniądze pozwoliły również na zwiększenie diet lekarzy zaangażowanych w pracę pionu odpowiedzialności zawodowej. Diety te były po prostu niegodnie niskie, a teraz pozwalają na wykonywanie pracy na rzecz samorządu, bo choć częściowo rekompensują utracone zarobki.

Podsumowując rok, trudno nie zapytać o sukcesy.

Myślę, że sukcesem jest sprawa systemu *no fault*. Oczywiście nie w takim wymiarze, o jaki lekarzom chodzi – bo droga do tego rozwiązania wydaje się długa i wyboista. Jednak w mojej ocenie samo to, że problem przebił się do głównego nurtu debaty, jest sukcesem, a na pewno znaczącym osiągnięciem, które, mam nadzieję, będzie procentować w przyszłości. Decyzja Sejmu o odrzuceniu ustawy o jakości powinna ułatwić prowadzenie dyskusji nad rozwiązaniami, które realnie zwiększą bezpieczeństwo pacjenta w procesie leczenia właśnie dlatego, że pracownicy medyczni będą mogli czuć się pewnie, dobrze wykonując swoją pracę. System *no fault* nie oznacza chęci uchylania się od odpowiedzialności czy chronienia przed nią tych, którzy pracę wykonują źle czy nie zachowują należytej staranności.

Szczerze mówiąc, byłam pewna, że na pierwszym miejscu wymieni Pan sprawę zdjęcia z lekarzy obowiązku określania poziomu odpłatności za leki. Lekarze domagali się tego od uchwalenia ustawy refundacyjnej, osiem lat temu do Sejmu trafił obywatelski projekt ustawy przygotowany

przez lekarzy rodzinnych, który ugrzązł w sejmowej zamrażarce. Gdy jesienią 2022 r. sformułował Pan publicznie ten postulat, oczekiwanie pod adresem ministra zdrowia i NFZ, wydawało się, że po raz kolejny lekarze zostaną zbyci. Sprawa kar za tzw. nienależną refundację jednego z preparatów dla niemowląt okazała się game changerem. Sprawy nabrały przyspieszenia. Powstał ministerialny zespół, w skład którego wchodzi również przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej, i jest duża szansa, że nasze postulaty zostaną zrealizowane.

Kiedy?

Potrwa to przypuszczalnie około roku, choć pewnie wszyscy chcielibyśmy, by stało się to jak najszybciej. Wydaje się jednak, że na pewno przed wyborami parlamentarnymi przełomu nie będzie. Zespół musi przygotować założenia programu, na podstawie którego algorytmy NFZ będą mogły automatycznie przypisywać poziom refundacji jeśli nie we wszystkich, to w lwiej części przypadków. By było to możliwe, trzeba uprościć rozrośnięty słownik refundacyjny.

Udało się nam wywalczyć realizację wieloletniego postulatu samorządu lekarzy i lekarzy dentyków – w Ministerstwie Zdrowia powstał zespół do spraw stomatologii. Trudno uwierzyć, ale po raz pierwszy w historii. To na pewno podnosi rangę problemów stomatologii, ale też poprawia sytuację zawodu lekarza dentydy. Podnosimy temat dramatycznie, haniebnie wręcz niskich wycen świadczeń stomatologicznych w systemie publicznym.

Sukcesem jest też zgoda na zwolnienie z części ustnej egzaminu specjalizacyjnego lekarzy, którzy na części pisemnej uzyskali minimum 75 proc. punktów. To duża i dobra zmiana. I ostatecznie wygraliśmy sprawę ujawnienia i publikacji pytań z poprzednich PES-ów. Nie bez przeszkód, ale sukcesywnie publikujemy udostępniane nam arkusze. Tu trzeba oczywiście podkreślić, że nie jest to żadna baza pytań. Dobrze, że takiej bazy nigdy nie planowano.

A co się udało zrobić na wewnętrznym, samorządowym, podwórku? Pomijając sprawę wyższej składki.

Po stronie osiągnięć na pewno można zapisać stosunkowo drobne, ale dla

funkcjonowania samorządu jako całości znaczące decyzje. Wspominałem o pożyczkach dla izb okręgowych z kasy NIL – nie ma lepszego sygnału, że samorząd traktujemy jak wspólnotę. Wyrazem takiego podejścia jest też powołanie Centrum Usług Wspólnych, którego zadaniem jest koordynowanie kwestii związanych z szeroko rozumianą informatyzacją czy ucyfrowieniem wszystkich izb w Polsce.

Kierując się ekologią i szanując składkowe pieniądze, podjęliśmy decyzję o elektronicznej „Gazety Lekarskiej”. Lekarze po 70. roku życia i wszyscy, którzy zgłaszają taką chęć za pomocą elektronicznego formularza na stronie gazetalekarska.pl, nadal będą otrzymywać wydanie papierowe. Do pozostałych „Gazeta” trafi w formie elektronicznej.

Mam też nadzieję, że ostatecznie uporządkowaliśmy i wyznaczyliśmy pewną cezurę między NIL a izbami okręgowymi. NIL działa w interesie środowiska i reprezentuje środowisko na zewnątrz, zarówno na forum krajowym, jak i w kontaktach międzynarodowych. Izby okręgowe dbają o swoich członków, pomagając rozwiązywać indywidualne problemy. Przed NIL są zupełnie inne wyzwania.

Skoro jesteśmy przy wyzwaniach, trudno na-dążyć za rzeczywistością. Receptomaty...

Zaliczyłbym tę sprawę wręcz do naszych sukcesów, bo samorząd lekarski wystosował pisma i do ministra zdrowia, i do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, gdzie do początku kwietnia umocowany był pełnomocnik rządu ds. cyfryzacji, nie tylko zwracając uwagę na problem, ale też proponując konkretne rozwiązania. Byliśmy inicjatorami spotkania z przedstawicielami resortu zdrowia i ZUS, bo receptomaty to nazwa umowna i tą samą drogą wystawiane są e-zwolnienia. To nie wszystko. Do rzeczników odpowiedzialności zawodowej trafiły już pierwsze zawiadomienia w sprawach lekarzy, którzy postępują niezgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej i nie przykładają należytej staranności do porady lekarskiej, wystawiając w ciągu doby kilkadziesiąt czy tysiąc recept lub zaświadczeń. Część kolegów postępuje przy tym nad wyraz nieroztropnie, znacząco przekraczając swoje kompetencje. Bo jak nazwać sytuację, w której okulista wystawia recepty na leki psychiatryczne bez jakiegokolwiek kontaktu z pacjentem, a wywiad lekarski ogranicza do składającej się z dwóch pytań ankiety?

Postępowania w tych sprawach już się toczą, choć mamy świadomość, że tak naprawdę możemy badać prawidłowość postępowania tylko lekarzy, którzy udostępnili swoje pieczętki firmom, natomiast zarządy spółek, w których lekarzy zazwyczaj nie ma, są poza zasięgiem.

31 Jak można rozwiązać ten problem, żeby nie wylać dziecka z kąpielą? Ministerstwo Zdrowia zapowiada drastyczne kroki. Można się spodziewać, że zniknie możliwość wystawiania e-recept na część leków. Już podnoszą się głosy, że choćby w psychiatrii może to mieć opłakane skutki.

Zaproponowaliśmy, by teleporad mogły udzielać tylko te podmioty, które mają przynajmniej 50 proc. porad stacjonarnych. To od razu odciełoby możliwość nadużywania tego niewątpliwie korzystnego i dla świadczeniodawców, i dla pacjentów narzędzia przez podmioty, które tak naprawdę nie mają żadnych pacjentów pod opieką.

Sprawę receptomatów traktujemy jednak bardziej jak roboczy problem do rozwiązania, nie wyzwanie. Wyzwaniem zdecydowanie jest i będzie nowelizacja ustawy o izbach lekarskich. To temat, którego od dłuższego czasu nikt nie ruszał, by nie dać pretekstu do wprowadzania zmian niepożądanych z punktu widzenia samorządu lekarskiego, czyli na przykład zniesienia obowiązku przynależności do izby. Jednak nie można chować głowy w piasek – ustawa o izbach lekarskich wymaga zmian, powstała przecież w zupełnie innej rzeczywistości. W ustawie powinna się choćby pojawić instytucja Rzecznika Praw Lekarza ze wzmocnionymi kompetencjami, chcielibyśmy dużych zmian w zakresie możliwości kierowania na mediację w postępowaniach dyscyplinarnych, wprowadzenia mediacji przedsądowych – w tej chwili mediacja jest możliwa, gdy sprawa trafia do sądu, gdy są postawione zarzuty.

W kategorii wyzwań mieszczą się też zmiany, jakie – w ocenie władz samorządu lekarskiego – są konieczne w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który musi bardziej nadążać za zmieniającymi się warunkami wykonywania zawodu lekarza, i w naszym kodeksie wyborczym. Zajmie się nimi za rok nadzwyczajny zjazd lekarzy i lekarzy dentyków. Ogromnym wyzwaniem pozostaje

porządkowanie spraw związanych z Rejestrem Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

Wreszcie wyzwaniem jest przekonanie lekarzy i lekarzy dentyków, że samorząd naprawdę jest ich i dla nich. Jeśli nie zaczęną, w dobrym tego słowa znaczeniu, wymuszać pozytywnych dla siebie zmian na poziomie okręgowych izb lekarskich, pomysły płynące z góry niczego nie zmienią. Takie pomysły, owszem, są. Znany postulat OC w składce na izbę lekarską jest absolutnie do zrealizowania w każdej izbie – jako NIL negocjujemy warunki, a okręgowe izby mogą się dołączać, co zwłaszcza dla małych izb lekarskich jest bardzo korzystne. Ale głosy „Niech Naczelna coś zrobi!”, jakie czasami do nas docierają, są o tyle pozbawione sensu, że po pierwsze NIL robi, po drugie nie

ma żadnej możliwości narzucenia najlepszych nawet rozwiązań izmom okręgowym. Jeśli lekarze i lekarze dentyści chcą mieć OC w składce płaconej na izbę lekarską, muszą działać na poziomie swojej izby okręgowej. Podobnie programy socjalne, takie jak choćby karty sportowe dla wszystkich członków samorządu lekarskiego. Wiele rzeczy jest w za-

sięgu ręki, gdybyśmy tylko mogli poprawić koordynację i współpracę.

31 Mówi Pan o głosach domagających się działań NIL. Ale można także usłyszeć obawy, że centrala chce zdominować izby okręgowe. Dążenie do koordynacji działań bywa interpretowane niekiedy jako chęć podporządkowania, centralizacji.

Dążenia do podporządkowania nie ma, ale model działania samorządu zależeć będzie od jego członków.

31 Tych zaś może wkrótce znacząco przybyć. Potencjalnie, w związku z pączkowaniem miejsc na kierunkach lekarskich, samorząd musi się

przygotować na przyjęcie – lub nieprzyjęcie – nowych członków. Może to nie jest jeszcze perspektywa tej kadencji, ale następnej już tak, więc nie za wcześnie pytać o przygotowania do tej znaczącej zmiany.

Jesteśmy tego świadomi. Analizowaliśmy możliwość zastosowania artykułu 11. Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który daje izmom lekarskim możliwość formalnej weryfikacji wykształcenia lekarza i jego przygotowania do wykonywania zawodu. Rozważaliśmy wystosowanie apelu do lekarzy o niepodejmowanie pracy w uczelniach niedających rękami jakości kształcenia. Ostatecznie NRL nie wystosowała tego apelu. Mamy świadomość złożoności sytuacji, której ważną składową jest słabość wymogów akredytacyjnych, ale przede wszystkim to, że są one przez decydentów po prostu lekceważone.

W nasze działania wpisuje się wystąpienie do Komisji Europejskiej (KE). Odpowiedź na nasz list, jak wielokrotnie już mówiłem, uznajemy za niesatysfakcjonującą i z pewnością nie poprzestaniemy na tym jednym kontakcie.

31 Gdyby istniał wehikuł czasu, jaką decyzję by Pan zmienił? Jakie działania podjął lub odwrotnie – może z nich zrezygnował? Nie pytam o decyzję ubiegania się o stanowisko prezesa lekarskiego samorządu, data graniczna to 15 maja 2022 r., dalej się nie cofamy.

Wydaje mi się, że gdyby była taka możliwość, inaczej podszedłbym do wystąpienia do KE. To był dobry krok i właściwa decyzja, ale wydaje się, że powinna być inaczej przeprowadzona. Nie mówię nawet o samej treści wystąpienia, ale powinny towarzyszyć temu bezpośrednie kontakty z przedstawicielami Komisji Europejskiej, współpraca z izbami lekarskimi zrzeszonymi w międzynarodowych organizacjach. Jesteśmy jako władze samorządu lekarskiego bogatsi o to doświadczenie. Zamierzamy sprawę jakości kształcenia nadal stawiać na forum europejskim, wykorzystując wszystkie możliwości, jakie posiadamy. ■■■

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

ŁUKASZ JANKOWSKI

prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, wcześniej prezes Okręgowej Rady Izby Lekarskiej w Warszawie. Specjalista nefrologii. Absolwent, a obecnie doktorant I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ukończył również podyplomowe studia menedżerskie „Zarządzanie w ochronie zdrowia” na Uniwersytecie Warszawskim. Zawodowo związany z Kliniką Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych WUM. Absolwent programu Leadership Academy for Poland 2022

JEDNYM GŁOSEM

Nikt z nas chyba nie zaprzeczy, że informatyzacja w ochronie zdrowia jest nie tylko konieczna, ale również bardzo potrzebna. Chociaż sam należałem kiedyś do osób, które sceptycznie patrzyły na wprowadzane dosyć bezkompromisowo, wbrew protestom środowiska, rozwiązania typu e-recepta czy e-zwolnienie, to dzisiaj, z perspektywy czasu, muszę przyznać, że bez tych rozwiązań przetrwanie systemu ochrony zdrowia w pandemii byłoby praktycznie niemożliwe.

Niestety przy okazji tych dobrych rozwiązań pojawiły się, jak to często w naszym kraju bywa, okazje do powstania patologicznych efektów. Od pewnego czasu w różnych mediach można spotkać reklamy typu „recepta na telefon” czy „zwolnienie na telefon”. Czasem w ogłoszeniach pojawiają się wprost określenia „receptomat”. W tym przypadku nie możemy już mówić o jakimkolwiek pozytywnym aspekcie tego zjawiska. „Zamówienie” leku przez internet, bez jakiegokolwiek badania lekarskiego, zwykle nawet bez dokładnego wywiadu lekarskiego (bo trudno takim nazwać wypełnienie uniwersalnej ankiety, zwykle wymaganej przy takiej usłudze), naprawdę nie ma nic wspólnego z leczeniem. Przy dokładniejszym sprawdzeniu okazuje się, że firmy oferujące recepty lub zwolnienia na zamówienie najczęściej nie mają nawet fizycznej siedziby, do której mógłby się zgłosić pacjent. Działają jedynie w wirtualnej przestrzeni, z założenia świadcząc usługi jedynie drogą e-porady. Na te właśnie szczegóły zwróciliśmy uwagę na zorganizowanym w sprawie receptomatów spotkaniu w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, w którym udział wzięli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, NFZ i ZUS. Wszyscy zgodzili się w jednym punkcie – konieczne są pilne działania legislacyjne,



Klaudiusz Komor
wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

RECEPTĘ POPROSZĘ

które zmieniają obecne prawo, eliminując możliwości takich nadużyć.

Oczywiście nie chodzi o to, żeby zupełnie zlikwidować e-wizyty, ponieważ w pewnych określonych sytuacjach klinicznych, takich jak np. kontynuacja leczenia u pacjentów przewlekle chorych przez prowadzącego specjalistę czy leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) dobrze znanego mu pacjenta, teleporada i przepisane w jej trakcie recepty pozwolą nie tylko ułatwić kontakt pacjenta z lekarzem, ale również zredukować kolejki do specjalistów. Wydaje się zatem, że teleporada powinna mieć swoje dobrze zdefiniowane miejsce w systemie ochrony zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z artykułem 9 Kodeksu Etyki Lekarskiej lekarz powinien podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta, a wyjątek mogą stanowić sytuacje, kiedy porada może być udzielona wyłącznie na odległość.

Ostatnio pojawiły się głośne deklaracje

Ministerstwa Zdrowia, że sposobem na rozwiązanie problemu ma być utworzenie listy leków (głównie leki psychotropowe, narkotyczne itp.), których nie będzie można przepisać w trakcie teleporady. Wydaje się oczywiste, że nie rozwiąże to problemu.

Przecież nawet potencjalnie bezpieczny lek (np. potas w kapsułkach) wypisany osobie z przeciwwskazaniami do niego lub zażywany w nadmiarze może być groźny dla zdrowia. Może lepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie limitu liczby teleporad w ogólnej liczbie wszystkich porad (np. 20 lub 30 proc.), co powinno wyeliminować firmy z zasady nastawione tylko na teleporady. Inną zmianą mogłoby być wprowadzenie obowiązku posiadania stacjonarnego gabinetu, co miałoby wykluczyć receptomaty działające wyłącznie w sieci. Jedno jest pewne – potrzebne są rozwiązania kompleksowe, uszczelniające wszystkie luki prawne umożliwiające działalność receptomatów. Samorząd lekarski od początku deklaruje pełne wsparcie w pracach legislacyjnych w tym zakresie, gdyż naszym zdaniem patologia ta jest groźna dla pacjentów. Równie ważnym zadaniem, zarówno dla Naczelnej Izby Lekarskiej, jak i okręgowych izb lekarskich, jest uzmysłowienie kolegom pracującym w takich receptomatach, że ich działanie jest absolutnie niezgodne z etyką i sztuką lekarską. I że w przypadku postawienia im zarzutów nie będzie żadnej możliwości obrony wystawienia w jednym dniu kilkuset recept przy założeniu, że z każdym z tych pacjentów powinien być przeprowadzony dokładny wywiad lekarski.

”

**Potrzebne są
rozwiązania
kompleksowe,
uszczelniające
wszystkie
luki prawne
umożliwiające
działalność
receptomatów**

PERINATOLOGIA

Opieka jeszcze przed narodzinami

Medycyna matczyno- płodowa ratuje życie dzieciom, które wcześniej nie miałyby szansy na przeżycie. Polska perinatologia jest na poziomie światowym.



Karolina Kowalska
redaktor naczelna

Czterdzieści lat temu nie ratowano dzieci o masie urodzeniowej poniżej 1000 gramów. Co więcej, nie wchodziły one nawet do statystyki urodzeń. Dziś na oddziałach neonatologicznych najwyższego stopnia referencyjności regularnie leczy się dzieci 800-gramowe.

Najmniejszy pacjent Kliniki Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi, który wyszedł zdrowy ze szpitala, ważył 370 gramów. A prawie zawsze są tu hospitalizowani 700-gramowcy, jak jeden z niedawno urodzonych w ICZMP czworaczków. Lekarze cały czas walczą o jak najlepsze wyniki w tej grupie pacjentów.

ŁĘB W ŁĘB ZE ŚWIATEM

- Cztery dekady temu, kiedy neonatologia jeszcze nie istniała, a najmniejszych pacjentów próbowali leczyć pediatrzy z anestezjologami, mogliśmy pomarzyć o dzisiejszych wynikach leczenia. Dziś dzieci o masie urodzeniowej poniżej 1000 gramów mają szansę na normalne życie. To niezwykle budujące - mówi kierownik kliniki prof. Ewa Gulczyńska. I wymienia terapie, które pojawiły się w ostatnich czterech

dekadach: techniki wspierania oddechu, karmienie pozajelitowe czy podawanie surfaktantu, który pozwala płucom się rozwijać.

Pod koniec XX w. wielu jej małych pacjentów nie miałoby szansy się urodzić jeszcze z jednego powodu - uniemożliwiały im to wady rozwojowe i komplikacje ciąży, które dziś z powodzeniem leczyą perinatolodzy, czyli specjaliści medycyny matczyno-płodowej.

- W perinatologii idziemy łeb w łeb z krajami zachodnimi - ocenia prof. Krzysztof

Preis, kierownik Kliniki Położnictwa, Chorób Kobiectych i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu, jeden z pionierów perinatologii w Polsce. - Technicznie jesteśmy w stanie wykonać wszystkie zabiegi, które wykonuje się na świecie, a w niektórych należymy do światowej czołówki. Są to np. zabiegi zastawkowe, w których specjalizuje się dr hab. Marzena Dębska. Warszawski ośrodek, który tworzyła, zaliczany jest do trzech najlepszych ośrodków leczenia takich wad na świecie, obok Filadelfii i Linzu - mówi.



Prof. Piotr Kaczmarek specjalizuje się w wewnątrzmacicznych operacjach urologicznych



Dzięki dostępności tak wielu specjalistów od początku ciąży możemy objąć kompleksową opieką pacjentów z najbardziej złożonymi wadami - mówi prof. Iwona Maroszyńska

SPECJALIŚCI OD JEDNEGO ZABIEGU

Czym jest specjalizacja, która w Polsce powstała dopiero w 2014 r.? Jej nazwa pochodzi od greckiego słowa „perí”, czyli „wokół”, łacińskiego „nascor”, czyli „rodzić się”, a także greckiego „lógos”, oznaczającego „naukę”. - Perinatologia jest funkcjonalną częścią położnictwa i ginekologii. Jej zadaniem jest z jednej strony walka z wcześniactwem i zmniejszenie odsetka porodów przedwczesnych, a z drugiej diagnozowanie i terapia wewnątrzmaciczna - tłumaczy dr hab. Piotr Kaczmarek, Kierownik Kliniki Ginekologii, Rozrodczości i Terapii Płodu oraz Diagnostyki i Leczenia Niepłodności Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi i łódzki konsultant wojewódzki perinatologii.

Jakie operacje przeprowadza się u płodu najczęściej? - Najszerszym polem jest terapia ciąż bliźniaczych - zespoły przeczerpieniowe, zespoły skrajnego ograniczenia wzrastania płodu i tzw. zespoły odwróconego przepływu krwi. Kolejnym rodzajem zabiegów jest, również w ciążach pojedynczych, diagnostyka i uwolnienie z taśm owodniowych, które powodują amputację palców, kończyn. Do tego dochodzi cała grupa zabiegów igłowych - terapii zastawkowych serca płodu - wylicza prof. Krzysztof Preis. I dodaje, że terapia perinatalna dotyczy niewielkich grup pacjentów:

- Fetoskopii wykonuje się w Polsce kilkadziesiąt rocznie, wszczepienia shuntów, czyli tzw. rurek bypassowych, 30-50. Dlatego każdy z ośrodków specjalizuje się zazwyczaj w jednym rodzaju zabiegów tak, by zawsze wykonywała je osoba z największym doświadczeniem - tłumaczy prof. Preis. Również prof. Kaczmarek podkreśla, że perinatologia jest dziedziną wąskich specjalizacji, a każdy z ośrodków specjalizuje się w konkretnym zabiegu - sam specjalizuje się w operacjach układu moczowego u płodu, z kolei dr hab. Marzena Dębska zajęła się ciężkimi wadami zastawkowymi, a w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCZKiN WUM) specjalizowano się w wadach ciąż bliźniaczych.

SPRZĘT SPECJALNEJ CZUŁOŚCI

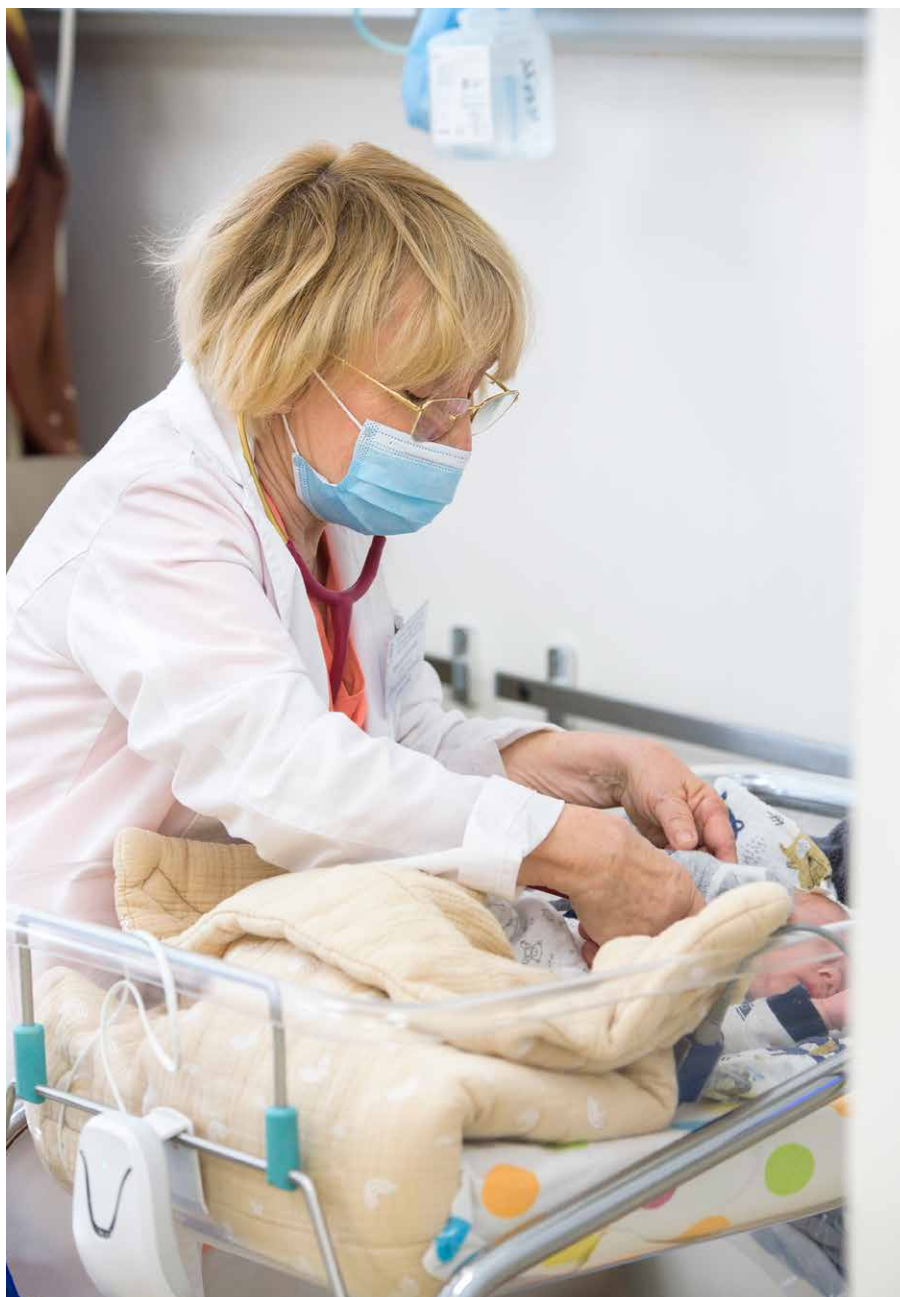
- W Polsce potrafimy wszystko, co trzeba. Problemem pozostaje diagnostyka poza dużymi ośrodkami położniczymi. Nie każdy szpital ma diagnostykę rezonansu magnetycznego typową dla diagnostyki płodu. Potrzebny jest najnowszej generacji aparat trzyteslowy, bo starsze, dobre do badań ortopedycznych, nie nadają się do diagnostyki płodu - mówi prof. Preis. Problem sprzętu częściowo rozwiązał Program kompleksowej diagnostyki

i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2023, który pozwolił nie tylko na doposażenie wybranych ośrodków w najnowocześniejszy sprzęt, ale także zagwarantował dodatkowe finansowanie skomplikowanego leczenia dzieci wymagających takiego leczenia.

Dzięki rządowemu programowi terapii wewnątrzmacicznej ICZMP dysponuje sprzętem (m.in. ultrasonografy, fetoskopy, nowoczesne inkubatory) pozwalającym na podejmowanie prób pomocy w niektórych ciężkich anomaliach płodu - np. zespole podkradania między bliźniakami czy niskich niedrożnościach układu moczowego, które nieleczone mogłyby prowadzić do obumarcia wewnątrzmacicznego.

ROZPROSZENIE ZESPOŁÓW

Ale nawet najlepszy sprzęt jest niczym bez odpowiednio wyszkolonych specjalistów. W Polsce tytułem specjalisty perinatologa może się pochwalić 131 osób. Zdaniem prof. Preisa to wystarczy, by zapewnić ciągłość opieki w tej bardzo wąskiej podspecjalizacji ginekologicznej. Bardziej martwi go rozproszenie zespołów, które do tej pory funkcjonowały w dużych ośrodkach klinicznych. - Mimo



Prof. Ewa Gulczyńska jest zachwycona dzisiejszymi możliwościami opieki nad noworodkiem

spektakularnych wyników perinatologia nie jest w Polsce traktowana priorytetowo. Świadczy o tym fakt, że rozmontowywanie doświadczonych zespołów perinatologicznych przechodzi bez echa. Przypomnijmy choćby odejście prof. Marzeny Dębskiej i jej zespołu ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie, a potem z Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, które było reakcją na odwołanie z funkcji szefa twórcy tamtejszego ośrodka perinatologii i konsultanta krajowego w tej dziedzinie prof. Mirosława Wielgosia. Następnie z UCZKiN odszedł

kolejny świetny specjalista, prof. Przemysław Kosiński, i jeden z wiodących zespołów w kraju się rozpadł. Wcześniej, w 2021 r., w podobny sposób rozmontowano zespół, który stworzyłem w Klinice Położnictwa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK GUMed). Pan rektor polecił mi zwolnić najbardziej doświadczonych członków zespołu, co sprawiłoby, że zostałbym z samymi niedoświadczonymi jeszcze lekarzami, głównie rezydentami. Nie mogłem zostać sam z młodzieżą, bo nie byłbym w stanie 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, dopilnować najcięższej

Polska trzecia na świecie

Polska jest jednym z trzech krajów na świecie, który wykonuje najwięcej pionierskich operacji zastawkowych u płodu. Ośrodek warszawski wymienia się obok Children's Hospital of Philadelphia w USA i Kinderherz-Zentrum w Linzu. Chodzi o operacje tzw. serca jednokomorowego, które przez wiele lat uznawane było w Polsce za uzasadnienie terminacji ciąży, a w wielu krajach zachodnich jest nim do tej pory. 4 listopada wykonująca je w Polsce dr hab. Marzena Dębska odebrała w Erlangen koło Norymbergi nagrodę Holm Schneider Foundation for Prenatal Therapy (Fundacji Medycyny Płodowej Holma Schneidera). Kapituła jednogłośnie doceniła pracę Marzeny Dębskiej i jej zespołu „Fetal Cardiac Interventions - Polish Experience From 'Zero' to The Third Largest Program” („Interwencje kardiologiczne u płodu - polskie doświadczenia od 'zera' do trzeciego największego programu na świecie”), opublikowaną we wrześniu 2020 r. w „Journal of Clinical Medicine”.

Artykuł przedstawia wyniki 128 operacji plastyki zastawek wykonanych w ciągu dziewięciu lat u 113 płodów - 94 zabiegi plastyki balonowej zastawki aortalnej (fBAV), 14 plastyk balonowych przegrody międzyprzedsionkowej (fBAS) z wykorzystaniem stentu (BAS+) i 5 bez wykorzystania stentów (BAS-) oraz 15 plastyk zastawki pnia płucnego u płodu. Do dziś zespół profesor Marzeny Dębskiej wykonał ponad 140 takich operacji.

Formalnie zabiegi te nadal mają status eksperymentu medycznego.

Wada serca u płodu jest na tyle rzadka, a liczba zabiegów na tyle mała, że trudno na ich podstawie przeprowadzić badanie randomizowane. W przypadku terapii u płodu udało się tylko w przypadku trzech wad. Dopiero w 2021 r. wykazano skuteczność leczenia przepukliny przeponowej u płodu. W badaniu wzięło udział kilkanaście ośrodków i trwało ono ponad 10 lat.



Prof. Mariusz Grzesiak, szef Kliniki Perinatologii i Położnictwa ICZMP, która organizuje kompleksową opieką nad ciężarną i płodem zdrowym i z wadami

chorych kobiet. Zwolniłem się i przyszła propozycja z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu, gdzie wraz z prof. Małgorzatą Świątkowską stworzyliśmy ośrodek perinatologii. Każde z tych wydarzeń było opisywane w prasie, ale nie przyniosło to refleksji rządzących, że utrzymanie doświadczonych zespołów powinno być dla nich priorytetem – mówi prof. Preis.

WSZYSTKO W JEDNYM MIEJSCU

O rozmontowywaniu zespołów mówi wielu moich rozmówców. Tym cenniejsze są takie, które od lat trzymają się w tym samym składzie, jak ten z Instytutu Centrum

Zdrowia Matki Polki w Łodzi. To też jeden z modelowych ośrodków opieki perinatalnej, do którego trafiają najciężiej chorzy pacjenci. Instytut to zespół dwóch szpitali: ginekologiczno-położniczy i pediatryczny. Szpital dla dorosłych składa się z 11 klinik. Obok ginekologiczno-położniczych są: endokrynologiczna, kardiologiczna i onkologiczne. Przy Bloku Porodowym umiejscowiona jest klinika neonatologii. W szpitalu pediatrycznym Instytutu działa 13 klinik specjalizujących się w pediatrii ogólnej, alergologii, gastroenterologii, kardiologii, kardiokirurgii, chirurgii dziecięcej, neurologii, neurochirurgii dziecięcej, ortopedii, rehabilitacji, okulistyki,

otolaryngologii, a także anestezjologii i intensywnej terapii.

– Dzięki dostępności tak wielu specjalistów pod jednym dachem osiągamy niespotykany gdzie indziej efekt synergii. Od początku ciąży możemy objąć kompleksową opieką pacjentów z najbardziej złożonymi wadami – mówi dr hab. n. med., prof. ICZMP, Iwona Maroszyńska, dyrektor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

JAK NAJDŁUŻEJ UTRZYMAĆ CIĄŻĘ

Prof. Iwona Maroszyńska zwraca uwagę, że dzięki rozbudowanej strukturze ICZMP można na bieżąco monitorować rozwój płodu, a jeśli zachodzi taka potrzeba – dzieci można leczyć in utero. – Jednak dążymy do tego, by jak najdłużej utrzymać ciążę i przeprowadzić poród u nas. Dzięki temu unikamy obciążonego ogromnym ryzykiem transportu ciężko chorego noworodka w pierwszych godzinach życia. W sytuacjach szczególnych, takich jak np. wytrzewienie, krytyczne wrodzone wady serca, zwłaszcza z restrykcyjnym otworem owalnym czy krytyczne zwężenie zastawek aorty lub tętnicy płucnej, na noworodka, który się rodzi, czeka specjalistyczny zespół zabiegowy i przygotowana sala operacyjna. Dziecko urodzone poza ośrodkiem dysponującym takimi możliwościami ma znacznie mniejsze szanse na przeżycie oraz uniknięcie ciężkich powikłań. Jeśli nie ma potrzeby tak pilnych interwencji, zapewniamy noworodkom intensywną terapię, by przygotować pacjenta do zabiegów w pierwszych dniach życia. Te dzieci pozostają pod naszą opieką do osiągnięcia dorosłości – i to również rzadko spotykane rozwiązanie. A niektórzy z naszych pacjentów pozostają pod opieką naszych klinik również jako dorośli ludzie. Od kilku lat do klinik położniczych trafiają ciężarne, które w pierwszych dniach życia przechodziły u nas zabiegi kardiokirurgiczne – dodaje prof. Maroszyńska.

Poziom opieką nad noworodkiem, jaki zapewnia ICZMP, w niektórych krajach określa się jako 4. W Polsce, gdzie obowiązują trzy poziomy opieki, nieoficjalnie nazywany jest „trójką z plusem”. Ten plus to niestandardowe, zaawansowane metody opieki, jak stosowane tu u noworodków ECMO czy hipotermia terapeutyczna, jedyne udokumentowane postępowanie przy ciężkich postaciach encefalopatii niedotleniowo-niedokrwiennej. To też miejsce, w którym w szczególny sposób podchodzi się do rodziców.

Hospitalizacje na neonatologii

Według map potrzeb zdrowotnych dla Polski, w 2016 roku sprawozdano 363,2 tys. porodów (bez porodów mnogich), w tym 42,7 proc. porodów niepowikłanych niezabiegowych, 29,2 proc. niepowikłanych zabiegowych, a 11 proc. powikłanych zabiegowych. 388 placówek sprawozdawało 375,6 tys. hospitalizacji na oddziale neonatologicznym. 49,6 proc. hospitalizowanych noworodków wymagało normalnej opieki, 26,6 proc. wzmożonego nadzoru, 13,6 proc. szczególnej opieki, a 3,3 proc. – opieki intensywnej. W przypadku 3 proc. noworodków niezbędna była natomiast intensywna terapia. Hospitalizacje związane z ciężką patologią noworodka stanowiły 0,5 proc.

Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt są stany chorobowe powstałe w okresie okołoporodowym (ponad 51 proc.) oraz wady rozwojowe wrodzone (38 proc.). Z ogólnej liczby zmarłych w 2018 r. niemowląt (1,5 tys. dzieci poniżej 1. roku życia) prawie 54 proc. zmarło w pierwszym tygodniu życia, a kolejne 18 proc. przed ukończeniem pierwszego miesiąca.

PERINATOLOGIA



Dbamy o matkę I DZIECKO

Staramy się docierać z wiedzą dotyczącą perinatologii do każdego lekarza opiekującego się ciężarną, płodem i noworodkiem – mówi prof. **Jarosław Kalinka**, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej [PTMP], w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Na czym polega specyfika medycyny perinatalnej?

Na korzystaniu z dokonań ginekologów i położników oraz neonatologów w prowadzeniu kompleksowej opieki nad ciężarną – przebiegiem ciąży, porodem i po urodzeniu – noworodkiem. Perinatologia jako subspecjalizacja spina klamrą podejmowane przez nich działania, a jej celem jest wychwytywanie i leczenie wszelkich nieprawidłowości występujących w czasie ciąży, porodu i u płodu. Chodzi o to, aby poród był dla obojga bezpieczny i by w razie zagrożeń była możliwość skorzystania z konsultacji neonatologów, a już po urodzeniu także z nowoczesnego wyposażenia przeznaczonego dla noworodków obciążonych wadami lub innymi problemami zdrowotnymi, w tym wcześniactwem. Przykładem specyfiki perinatologii mogą być dwa różne spojrzenia położników i neonatologów na te same problemy występujące w ciąży, na przykład toksoplazmozę, choroby zakaźne takie jak ospa wietrzna czy zastosowanie sterydów w porodach przedwczesnych. Taki dwugłos wybrzmiał podczas odbywającego się na przełomie marca i kwietnia 2023 r. kongresu PTMP. Musimy więc działać wspólnie i często w tym wspólnym działaniu wypracować optymalne stanowisko. Specyfika perinatologii przejawia się na wielu poziomach tej opieki. Czerpiemy wiedzę z różnych dziedzin – oprócz neonatologii także z chirurgii, kardiologii dziecięcej, genetyki, chorób zakaźnych, diabetologii i wielu innych.

Wydawałoby się, że nowoczesne, dobrze funkcjonujące, ginekologia i położnictwo wystarczą, by kobiety rodziły bezpiecznie.

Wystarczą, jeśli matka jest zdrowa, ciąża przebiega prawidłowo i poród nie stwarza zagrożeń. Jednak coraz więcej kobiet w ciąży ma nadwagę lub cierpi na otyłość, cukrzycę lub zespół metaboliczny, nadciśnienie tętnicze, alergie albo astmę, arytmie i szereg innych mniej lub bardziej poważnych dolegliwości wymagających niestandardowego podejścia. Perinatologia, nazywana też medycyną matczy-no-płodową, ma narzędzia i zaplecze, by mierzyć się z tymi problemami przy wykorzystaniu nowoczesnych metod diagnostycznych oraz zabiegowych, a także farmakologii. Wśród naszych pacjentek były nawet kobiety po przeszczepieniu serca, które urodziły zdrowe dzieci.

Na kongresie sporo mówiono o lekach, m.in. o metforminie podawanej w leczeniu cukrzycy

i zespole metabolicznym. Czy są one bezpieczne dla kobiet w ciąży?

Wiele kobiet z cukrzycą typu 2 lub zespołem metabolicznym jest przed ciążą leczonych metforminą, która niestety może stanowić potencjalne zagrożenie dla rozwoju płodu. Najnowsze stanowisko w tej sprawie nie zaleca stosowania tego leku w czasie ciąży, a odpowiednim postępowaniem jest dieta o niskim indeksie glikemicznym, ruch lub włączenie insuliny, która nie zagraża płodowi. Kontrowersje budzi też zażywanie przez ciężarne – w przypadku nadciśnienia tętniczego lub hipotrofii – małych dawek kwasu acetylosalicylowego, czyli aspiryny kardiologicznej. Jedne badania pokazują, że może być skuteczna, ale inne poddają tę skuteczność w wątpliwość. Toczą się też dyskusje na temat optymalnej dawki kwasu acetylosalicylowego (ASA).

Zmienia się także podejście do medykacji kobiet w ciąży zagrożonej. Najnowsze rekomendacje w tej sprawie zalecają stosowanie leków do ściśle określonych wskazań i często różnicują je na ciążę pojedynczą i wielopłodową. Przytoczę tu stosowanie progestronu w poronieniach zagrażających. Do niedawna ten lek podawano w bólach i krwawieniach w początkowej fazie ciąży, ale w świetle ostatnich dużych badań randomizowanych okazało się, że nie przynosi on korzyści klinicznych w postaci większego odsetka żywych ciąż w porównaniu z placebo. Innym przykładem jest zawężenie stosowania progesteronu dopochwowego w ciąży pojedynczej do kobiet z obciążonym wywiadem lub u ciężarnych z tzw. krótką szyjką macicy przy jednoczesnym braku wskazań do stosowania w ciąży bliźniaczej. Cały czas musimy więc weryfikować naszą wiedzę.

A co z heparyną, często nadużywaną?

Do stosowania heparyny są określone wskazania, np. w zespole antyfosfolipidowym bądź w sytuacji ujawnionego w wywiadzie obciążenia zakrzepowością lub zatorowością. Tymczasem heparynę podaje się u kobiet z różnego rodzaju

niepowodzeniami rozrodu często bez uzasadnienia medycznego, co budzi wiele kontrowersji. W tych wszystkich rozważaniach chodzi o racjonalizację postępowania, ponieważ każdy lek podawany kobiecie w ciąży niesie potencjalnie mniejsze lub większe powikłania i skutki uboczne nie tylko dla ciężarnej, ale także dla płodu.

Jak duże jest prawdopodobieństwo powikłań w czasie ciąży i porodu, które później rzutują na rozwój dziecka? I od czego one zależą?

Ryzyko wystąpienia powikłań w czasie ciąży i porodu istniało zawsze. Przykładem są krwotoki okołoporodowe. Wad płodu jest obecnie więcej, dlatego że dzięki technikom obrazowym wzrosła nie tylko ich wykrywalność przedporodowa, ale też możliwości ich leczenia, także wewnątrzpłodowego. Jeśli cofniemy się do czasów przedwojennych, kiedy umieralność noworodków sięgała 30 proc.,

dostreżemy, jak wiele się zmieniło. Ale też pojawiły się nowe wyzwania, z którymi musimy się mierzyć. Znacząco podwyższył się wiek rodzących pierwszy raz – średnia wynosi powyżej 27 lat, a ciążę 40-letnich kobiet przestały już kogokolwiek dziwić. Dziś kobiety – skupione na zdobywaniu wykształcenia, sprawach zawodowych – decydują się na urodzenie dziecka później, a zegara biologicznego nie da się oszukać. Późna ciąża zwiększa ryzyko występowania na przykład mięśniaków

macicy, obniżonej zdolności do owulacji czy powikłań związanych z endometriozą. Razem ze wspomnianymi obciążeniami niesie to ze sobą ryzyko niepłodności czy powikłań w przebiegu ciąży, w tym wcześniactwa. Z drugiej strony jednak z powodzeniem ratujemy już wcześniaki z ekstremalnie niską wagą urodzeniową, nawet w przedziale 500-1000 gramów.

Czy zawsze warto podejmować walkę, skazując później dziecko na inwalidztwo?

Przykładem specyfiki perinatologii są różne spojrzenia położników i neonatologów na te same problemy występujące w ciąży

Neonatologia dokonała spektakularnego postępu i nawet jeśli musimy podejmować trudne decyzje o porodzie wcześniaka, jesteśmy spokojniejsi o jego losy. Dziś możemy ocenić następstwa wcześ-

niactwa, przynajmniej te krótkofalowe, ponieważ tych odległych nie zawsze da się do końca przewidzieć. To są dylematy medyczne i moralne, z którymi musi się mierzyć lekarz, ale każda sytuacja jest inna i należy ją rozpatrywać indywidualnie przy uwzględnieniu wielu składających się na nią czynników. U noworodków z ciężkimi wadami lub ekstremalnym wcześniactwem dopuszczamy zakończenie niektórych procedur medycznych, aby nie dochodziło do terapii uporczywej. Są określone kryteria, które pomagają podejmować tego rodzaju decyzje, ale zawsze są one bardzo trudne i wymagają od nas rozmów z rodzicami, często z udziałem psychologa. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że wciąż nie potrafimy wyeliminować wszystkich powikłań, ale dzięki ich monitorowaniu mamy możliwość weryfikowania naszego postępowania, aby wskaźniki przeżywalności i zachorowalności wcześniaków poprawiać. To jeden z istotnych celów naszych działań.

Perinatologia to również profilaktyka.

Skoro już kobiety decydują się na późne macierzyństwo, co wiąże się ze wzrostem odsetka nieprawidłowości płodu, chcemy im zapewnić jak najlepszą opiekę. Jej elementem jest diagnostyka prenatalna, która w Polsce jest na bardzo wysokim poziomie. Wydajemy szereg rekomendacji, opinii, zarządzeń, choćby dotyczących suplementacji przed ciążą i w trakcie jej trwania, które muszą być na bieżąco aktualizowane w związku ze zmianą stanu wiedzy. Normy i wartości tej suplementacji są ściśle określone – inne dla kobiet w ciąży niepowikłanej, inne dla ciężarnych z grup ryzyka. Jest pięć podstawowych suplementów, które rekomendujemy w odpowiednim okresie ciąży: kwas foliowy, jod, DHA, czyli kwasy omega, witaminę D i żelazo. Dzięki nim możemy zapobiec wielu poważnym wadom płodu, a także zmniejszyć częstość występowania na przykład wcześniactwa. Opracowano schematy postępowania w prowadzeniu ciąży, które jasno określają, jakie badania należy

wykonać u kobiet ciężarnych i w którym okresie ciąży. Przykładem jest diagnostyka cukrzycy ciąży, którą wykonujemy u zdrowych kobiet między 24. a 28. tygodniem za pomocą testu obciążeniowego i u kobiet we wczesnej ciąży z czynnikami ryzyka wystąpienia cukrzycy. Wiemy też, jak prowadzić ciążę z tak zwanym ustawieniem konfliktowym, czyli z grupą Rh ujemną przy zastosowaniu u tych pacjentek odpowiedniego modelu diagnostycznego wykrywania przeciwciał anty-Rh czy też immunoprofilaktyki śródciażowej i poporodowej.

A czym wytłumaczyć narastający wskaźnik cięć cesarskich?

Za jedną z przyczyn uważa się lęk przed bólem porodowym, ale też przed powikłaniami związanymi z porodem drogami natury, które, choć występują rzadko, nęgałniane przez media dodatkowo potęgują obawy kobiet. U wielu kobiet nie ma wskazań do tego rodzaju operacji, tym bardziej że rzutują one na pogarszanie wyników perinatologicznych. W klinice, którą kieruję, 70-80 proc. porodów odbywa się drogami natury przy zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego. Ale czy tak jest w każdym szpitalu w Polsce? Nie sądzę. Amerykanie już dawno dowiedli, że jeśli odsetek cesarskich cięć przekracza 30 proc., to już nie uzyskuje się lepszych parametrów zdrowotnych dzieci urodzonych tą metodą, a ryzykuje się wzrost poważnych powikłań u rodzących, szczególnie kiedy jest to kolejny poród przez cesarskie cięcie. Pojawiają się wówczas problemy implantacyjne, gdyż blizna po cięciu stwarza mniejszą lub większą dysfunkcję macicy, co może skutkować nieprawidłową implantacją łożyska i powstaniem ciąży w bliźnie po cięciu, a także łożyska przodującego i wrastającego, co zaczyna być plagą współczesnego położnictwa. Jest także coraz więcej dowodów na to, że jeśli dziecko nie urodziło się naturalnie, to z wiekiem będzie bardziej narażone na alergię, astmę oskrzelową, otyłość i cukrzycę.

Jakie są szanse na szybką i skuteczną pomoc w razie powikłań kobiecie w ciąży, która mieszka daleko od ośrodków akademickich z zapleczem neonatologicznym?

Wszyscy mamy poczucie, że w dużych miejscowościach, w których funkcjonują szpitale uniwersyteckie, dostępność najnowszych badań i procedur

perinatologicznych jest optymalna. Nie martwiłbym się jednak, że są miejsca, w których kobieta w ciąży z powikłaniami takiej opieki jest pozbawiona. W Polsce obowiązuje trójstopniowy system opieki położniczej i jeśli rodząca trafi do szpitala z pierwszym lub drugim stopniem referencyjności, w razie konieczności po podaniu leków powinna być natychmiast przewieziona do placówki z odpowiednim zapleczem położniczo-neonatologicznym, gdzie personel ma doświadczenie w zajmowaniu się patologiami ciąży. Przy specyficznych zagrożeniach uważamy, że matka powinna rodzić w placówce, w której dziecko zaraz po porodzie otrzyma specjalistyczną pomoc. Przykładowo, jeśli u dziecka wykryto wadę serca, to najlepiej by urodziło się w ośrodku z zapleczem kardiochirurgicznym. W praktyce ta trójstopniowość opieki się broni. Oczywiście, jak zawsze wiele zależy od przytomności umysłu personelu i trafności podejmowanych decyzji.

Ilu jest w Polsce specjalistów perinatologii? Czy ginekolodzy położnicy chcą się specjalizować w tej dziedzinie?

Perinatologia to specjalizacja dodatkowa. Warunkiem przystąpienia do niej jest wcześniej uzyskana specjalizacja z ginekologii i położnictwa. Obecnie mamy około stu perinatologów i można się tylko cieszyć, że są lekarze gotowi rozwijać umiejętności w tej dziedzinie i podejmować to wyzwanie. Większym problemem jest brak chętnych do specjalizowania się w ginekologii i położnictwie, a jeszcze większym – do podejmowania przez nich pracy w oddziałach położnictwa i na salach porodowych. Świeżo po uzyskaniu specjalizacji ginekolodzy i położnicy mają dużo zapału i chcą tam pracować, ale po jakimś czasie ten zapał gaśnie, ponieważ nie są w stanie udźwignąć ciężaru obowiązków i związanych z tym obciążeń, np. odpowiedzialności prawnej. Uciekają więc w specjalizowanie się np. w ultrasonografii czy genetyce, bo liczą na spokojne i mniej stresujące zajęcia.

Jakie są cele PTMP?

Wszystkich nas dotknęła pandemia COVID-19, ale wracamy na właściwe tory działań, choćby poprzez wspomniany już Kongres PTMP i zacieśnianie kontaktów zagranicznych, na przykład z amerykańskim stowarzyszeniem do spraw przedwczesnych urodzeń (Preterm Birth Inter-

national Collaborative, PREBIC), organizacją, której członkami są wiodący badacze, klinicyści i naukowcy kliniczni z Europy, Azji, Ameryki Północnej, Ameryki Południowej i Australii. Owocem tych kontaktów jest otwarta dyskusja na temat aktualnych ograniczeń i problemów związanych z porodami przedwczesnymi oraz propozycje nowych rozwiązań. Mam zaszczyt być wicedyrektorem tej organizacji już drugą kadencję. Zaprosiłem

więc jej przedstawicieli do udziału w naszych wydarzeniach i spotkaniach naukowych, by podzielili się najnowszymi poglądami dotyczącymi naukowej i klinicznej strony perinatologii.

W czasie pandemii COVID-19 wraz z neonatologiem prof. Janem Mazelą z Poznania, prezesem elektem PTMP, zorganizowaliśmy dwie duże konferencje online na temat opieki okołoporodowej. To były interdyscyplinarne spotkania położników z neonatologami z udziałem anestezjologów, wakcynologów oraz epidemiologów. Nie wiedzieliśmy wówczas, czy noworodki matek zakażonych mogą być karmione piersią, czy mają być separowane od matki ani też jaki jest optymalny sposób porodu, jak działa szczepionka ani czy jest bezpieczna w ciąży. Wnioski z tych spotkań i dyskusji przybrały formę opinii ekspertów opublikowanych w naszych czasopiśmie medycznych. Były cenną wskazówką dla lekarzy, jak postępować w takich sytuacjach. Z założenia statutowym celem Towarzystwa jest prowadzenie działalności naukowej oraz doskonalenie i upowszechnianie wiedzy medycznej w dziedzinie perinatologii. Dlatego staramy się z nią docierać do każdego lekarza sprawującego opiekę nad ciążą, płodem i noworodkiem.

U noworodków z ciężkimi wadami lub ekstremalnym wcześniactwem dopuszczamy zakończenie niektórych procedur, by nie dochodziło do uporczywej terapii

Jakość i bezpieczeństwo dla lekarza i pacjenta

Środowisko medyczne przystępuje do pracy nad rozwiązaniami legislacyjnymi dotyczącymi jakości. Do współpracy zaprasza inne zawody medyczne, pacjentów i ministerialnych urzędników.

Karolina Kowalska redaktorka naczelna



Podczas kwietniowej konferencji POL powołano Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta

Powołujemy Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, które przygotuje rozwiązania legislacyjne dotyczące jakości w ochronie zdrowia – zapowiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski podczas kwietniowej konferencji Porozumienia Organizacji Lekarskich (POL), zrzeszającego przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), Porozumienia Zielonogórskiego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (OZZL), Porozumienia Rezydentów OZZL oraz Porozumienia Chirurgów.

– Łączy nas troska o bezpieczeństwo pacjenta w systemie. Potrzebujemy dialogu i merytorycznych rozmów ponad polityką. Dlatego do prac Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta zapraszamy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, organizacji pacjenckich, wszystkich zawodów medycznych oraz ekspertów. Być może efektem naszej współpracy będzie nowy projekt ustawy, może zmiany w ustawach, które już obowiązują. Mamy bowiem świadomość, że jakości nie wprowadzi się jedną ustawą – zaznaczył prezes Jankowski.

Podziękował parlamentarzystom, którzy posłuchali głosu środowiska medycznego i opowiedzieli się przeciwko rządowej ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Los kontrowersyjnego aktu prawnego wydawał się przesądzony. Chociaż na początku kwietnia Senat go zawetował, wydawało się, że Sejm, w którym większość mają posłowie koalicji rządzącej, zgłasza za odrzuceniem sprzeciwu Senatowi. Tak się jednak nie stało.

14 kwietnia do przyjęcia rządowego projektu zabrakło jednego głosu. Spośród 448 głosujących posłów za było 224, przeciwnych 222, a wstrzymały się dwie osoby – posłanki Prawa i Sprawiedliwości Józefa Szczurek-Żelazko oraz Anna Dąbrowska-Banaszek. Obie parlamentarzystki są przedstawicielkami białego personelu. Józefa Szczurek-Żelazko, była wiceminister zdrowia, z zawodu jest pielęgniarką, a Anna Dąbrowska-Banaszek to lekarka, specjalistka chorób wewnętrznych, alergologii i pulmonologii.

Przeciwko ustawie opowiedzieli się przedstawiciele środowiska medycznego z koła Polskie Sprawy – prof. Wojciech Maksymowicz, neurochirurg i były minister zdrowia (w latach 1997-99), oraz Andrzej Sośnierz, wiceminister nauki oraz neurolog i twórca Śląskiej Kasy Chorych.

– Jakość i bezpieczeństwo – tak. Ustawa o jakości w tym kształcie – nie – komentował projekt prezes NRL Łukasz Jankowski. I dodał, że nie warto skupiać się na tym,

co było, ale opracować przepisy, które pozwolą na wprowadzenie prawdziwej jakości. Ta zaś powinna się opierać na kilku filarach, m.in. bezpieczeństwie pracy lekarza.

Komfort pracy jest kluczowy w sprawowaniu opieki nad pacjentem

OCZEKIWANIA MEDYKÓW

- Jako związkowcom szczególnie zależy nam na wprowadzeniu norm zatrudnienia lekarzy. Nie sposób mówić o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, jeśli nie będzie bezpiecznych warunków pracy lekarzy - tłumaczyła przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat. - Dlatego od kilkunastu lat prosimy Ministerstwo Zdrowia, aby usiadło z nami do wypracowania minimalnych norm zatrudnienia dla lekarzy, mówimy o minimalnym gwarantowanym zabezpieczeniu w kadrę specjalistyczną w zależności od liczby pacjentów na oddziałach, które będzie gwarantowało bezpieczeństwo dla pacjenta i lekarzy. Obecnie obowiązują jedynie normy kontraktowania, które przewidują, że by uzyskać finansowanie z NFZ, konieczne jest zatrudnienie dwóch specjalistów. Nie możemy mówić o jakości i bezpieczeństwie, gdy podczas dyżuru na kilkuset pacjentów przypada jeden lekarz, nierzadko rezydent, który pod opieką ma nie tylko własny oddział, ale konsultuje w izbie przyjęć i na innych oddziałach - wyjaśniła przewodnicząca OZZL.

Dodała, że bulwersuje ją obecna w pracy lekarza biurokracja: - Należy odciążyć lekarzy od nadmiernej biurokracji, zatrudniając asystentów medycznych, dzięki którym lekarz zyska więcej czasu dla pacjenta. Kształcenie asystentów jest o wiele mniej kosztowne i dużo krótsze niż kształcenie lekarzy, a ich obecność może wiele zmienić w systemie - przekonywała przewodnicząca OZZL.

Dzięki biurokratycznemu odciążeniu lekarz zyskałby więcej czasu nie tylko na leczenie, ale także pogłębienie relacji z pacjentem. - Warto zamienić compliance na concordance, czyli nowy sposób myślenia, w którym lekarz opracowuje najlepszą terapię wraz z pacjentem - dodała Grażyna Cebula-Kubat.

Medycy podkreślali też konieczność wprowadzenia rejestru zdarzeń niepożądanych, który jest podstawą systemu *no fault*.

- Dostęp do takiego rejestru powinny mieć towarzystwa naukowe i niezależne, wyspecjalizowane instytucje, które po analizie danych i stwierdzeniu tendencji w zgłaszaniu takich samych zdarzeń niepożądanych przez podmioty medyczne

pomogą wypracować wytyczne i procedury, które pozwolą ich uniknąć - przekonywał prezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie Jacek Krajewski i podkreślał, że chodzi o kwestie systemowe, niezbędne jest stworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych.

Dodał, że zdarzenia niepożądane powinny być zgłaszane dobrowolnie i w sposób anonimowy: - Medycy muszą wiedzieć, że zgłaszanie zdarzeń niepożądanych służy wyłącznie nauce, poprawie bezpieczeństwa pacjentów oraz warunków wykonywania ich zawodu. W takim przypadku można liczyć na częstszą sygnalizację zdarzeń niepożądanych i łatwiejszą ich eliminację - mówił prezes Porozumienia Zielonogórskiego.

Sebastian Goncerz, przewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, zwracał uwagę, że jakość nie powstaje z dnia na dzień, ale jest samouczącym się procesem, który na podstawie błędów poprawia sam siebie. - Do tego konieczny jest realny system zgłaszania zdarzeń, niepenalizujący i anonimowy, oraz jak najszersza analiza danych przez niezależne podmioty - tłumaczył Sebastian Goncerz.

NIE DLA BYLEJAKOŚCI

Żeby przekonać parlamentarzystów do odrzucenia rządowego projektu ustawy o jakości, młodzi lekarze utworzyli internetową petycję o prezydenckie veto dla projektu, który nazwali „ustawą o bylejałości”. - W kilka dni podpisało się pod nią 21 tys. osób, głównie lekarzy, ale również przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych, personelu pomocniczego i pacjentów. Młodzi lekarze oczekują, że rozwiązania na rzecz jakości będą tworzone z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności wszystkich uczestników systemu - powiedział Sebastian Goncerz.

Przedstawiciele Porozumienia Organizacji Lekarskich podkreślają, że głównym celem regulacji dotyczących jakości

powinno być bezpieczeństwo pacjenta, jednak personel medyczny nie może działać pod presją karną. Tylko właściwa atmosfera i poczucie komfortu wykonywania zawodu zagwarantuje optymalną opiekę nad chorymi.

Komfort pracy jest kluczowy w sprawowaniu opieki nad pacjentem, zlecaniu terapii i wybieraniu najlepszej opcji terapeutycznej. Przeciwdziała bowiem niebezpiecznemu zjawisku medycyny asekuracyjnej, a więc unikaniu w sytuacjach trudnych działań mogących uratować życie i zdrowie pacjenta, ale obarczonych większym ryzykiem. Pozwala też zatrzymać trend wybierania przez młodych lekarzy specjalizacji niezabiegowych, w których ryzyko to jest niewielkie.

Widmo kary w przypadku zdarzenia niepożądanego będzie prowadzić do wybierania przez medyków rozwiązań standardowych, bez próby podejmowania ryzyka wielokrotnie potrzebnego do tego, by podejmować skuteczniejsze decyzje terapeutyczne.

Dlatego przedstawicielom Porozumienia Zawodów Medycznych POL zależy, by rozwiązania legislacyjne dotyczące jakości zostały wypracowane przez przedstawicieli zawodów medycznych wspólnie ze środowiskiem pacjentów, naukowców i specjalistów w dziedzinie prawa i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Pierwsze spotkanie Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta zaplanowano na 10 maja. Dwa dni po konferencji POL, podczas debaty ekspertów „Prawa pacjenta w systemie ochrony zdrowia”, minister zdrowia Adam Niedzielski powiedział, że jest „zdeteminowany do powrotu do prac nad tą ustawą”. - Powinna się pojawić na najbliższym posiedzeniu Sejmu - powiedział. Na pytanie „Gazety Lekarskiej”, w jakim trybie i przez kogo projekt nowej ustawy zostanie wniesiony do łaski marszałkowskiej, czy przewidziane są konsultacje publiczne i czy w dokumencie zostaną wprowadzone jakieś zmiany, resort odpowiedział tylko: „Minister zdrowia wkrótce poinformuje o rozwiązaniach dotyczących prac nad projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta”.

- Mamy nadzieję, że minister zdrowia, wbrew temu, co powiedział w mediach, nie będzie za wszelką cenę próbował przywrócić tego projektu pod obrady, a skłoni się do wspólnego wypracowania jak najlepszych rozwiązań - komentuje wiceprezes NRL dr Klaudiusz Komor. ■■■

Czy potrzebujemy „obrony koniecznej” życia i zdrowia pacjenta

Jest chirurg, który operując pacjenta, natrafił na komplikację, i rzezimieszek, który okradając człowieka, nieumyślnie ranił go nożem. W obu przypadkach efekt działań jest podobny – i pacjent, i obrabowany są w ciężkim stanie. Ale czy sytuacja wyjściowa nie rozstrzyga wątpliwości?

Małgorzata Solecka dziennikarka

Na pewno system *no fault*, o którym marzyliśmy wszyscy, jest kontrowersyjną i to trzeba otwarcie powiedzieć, bo my jesteśmy do niego w stu procentach przekonani, ale na poziomie politycznym jest trudny do wytłumaczenia” – mówił w kwietniu 2022 r. w Gdańsku minister zdrowia Adam Niedzielski. Przez następne dwanaście miesięcy Ministerstwo Zdrowia robiło jednak wszystko, by zatrzeć wrażenie, że kiedykolwiek o systemie *no fault* nie tylko marzyło, ale konkretyzowało owe marzenia w formie projektu ustawy. – Nie ma żadnego kraju, w którym personel medyczny byłby zwalniany z odpowiedzialności karnej za błędy medyczne – twierdzą przedstawiciele resortu. Ba, rzecznik praw pacjenta szermuje przykładami państw skandynawskich, w których – jakoby – również nie było zwolnienia z odpowiedzialności karnej.

Czy aby na pewno? „W Szwecji, Norwegii i Danii niezależnie od tego, czy lekarz raportuje błąd medyczny z własnej inicjatywy, czy nie, może zostać skazany przez sąd karny, jeśli jego postępowanie można uznać za przestępstwo. Jedną ważną uwagę: zarówno w Norwegii, jak i w Danii odpowiedzialność karna lekarza dotyczy sytuacji, gdy jego postępowanie



jest umyślne lub stanowi rażące niedbalstwo. Zwraca też uwagę niskie zagrożenie karą pozbawienia wolności: maksymalny wymiar tej kary to dwa lata (w Szwecji)”. To cytat z bloga z lipca 2022 r. ze strony kancelarii mecenasa Jolanty Budzowskiej, którą trudno uznać za sojuszniczkę środowiska lekarskiego w walce o system *no fault*. W Skandynawii zatem odpowiedzialność karna obowiązuje w przypadku działań umyślnych i rażącego niedbalstwa, a tych – według postulatów samorządu

lekarskiego – system *no fault* w ogóle nie dotyczy.

Z ŻYCIA WZIĘTE

Ale wróćmy do pytania zasadniczego: czy system *no fault* i brak odpowiedzialności karnej za nieumyślne błędy i zdarzenia niepożądane jest trudny do wyjaśnienia?

Jest chirurg, który stojąc przy stole operacyjnym, trzyma w ręce skalpel i wykonuje cięcie pod złym kątem. Pojawia się

masywny krwotok, komplikacje. Pacjent znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, musi być wprowadzony w stan śpiączki, rokowania są niepewne.

I jest drobny złodziejasek, który żeby dodać sobie animuszu przy „obrabianiu” podpitych klientów pubów, bierze ze sobą nóż sprężynowy i w pewnym momencie zupełnie nienaumyślnie rani jedną ze swoich ofiar. Powiedzmy, że się szamotał, nóż otworzył się przypadkiem i trafił w tętnicę. Człowiek przeżył, ale znalazł się w ciężkim stanie w szpitalu.

Efekt działań podobny, ale czy sytuacja wyjściowa nie rozstrzyga wątpliwości?

Spróbujmy jeszcze inaczej. Zamiast wyobrażać sobie hipotetycznego drobnego przestępcę (takiego, który okradnie, ale zaabić nie chce), weźmy przykład z tzw. życia.

Jest chirurg, który chce ratować pacjenta – jego zdrowie, a może życie – i nieumyślnie wykonuje zły ruch. I jest śpiąca w domu rodzina, której członków budzą odgłosy włamania, więc wychodzą – w kilka osób – na zewnątrz, gdzie najpierw dochodzi do bójki między 18-letnim synem a włamywaczem, a gdy nastolatek jest

w opalach, jego matka godzi nożem domniemanego przestępcę, który umiera na skutek odniesionych ran.

NACISKI ZIOBRY

Początkowo wszystko wskazuje na obronę konieczną, ale prokuratura stawia zarzuty trójgu domownikom. „Wczoraj wydałem polecenie, aby natychmiast Prokuratura Krajowa ściągnęła akta tej sprawy do badania, ponieważ jestem mocno zaskoczony faktem postawienia zarzutów przez prokuraturę w tej sprawie. Jeśli okazałoby się, że informacje, które do mnie docierają, m.in. ze strony mediów, znalazły odzwierciedlenie w materiale dowodowym, to nie zawaham się podjąć decyzji, które leżą w kompetencji Prokuratora Generalnego, po myśli osób napadniętych” – reaguje w październiku 2022 r. na decyzję swoich podwładnych minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro.

To jego naciski spowodowały, że Ministerstwo Zdrowia latem 2022 r. przestało pracować nad przepisami oddzielającymi sytuacje lekarza ratującego życie od takich, gdy ktoś – zakładając nawet działanie w obronie koniecznej – umyślnie użył

potencjalnie śmiertelnościowego narzędzia.

Jeśli godzimy się, że obrona konieczna może zwolnić z postawienia zarzutów nawet w przypadku, gdy dojdzie do zgonu napastnika, czy nie wydaje się o wiele bardziej zasadne, by lekarz nie podlegał odpowiedzialności karnej za nieumyślny błąd – taki, który nie został spowodowany „rażącym niedbalstwem” i do którego doszło w trakcie „obrony koniecznej” życia i zdrowia pacjenta?

Jakie są szanse na prawdziwy system *no fault*? Podtrzymanie weta Senatu przez Sejm wlało nadzieję w środowisko medyczne, ale – być może – przedwcześnie. Minister zdrowia, zapowiadając po sejmowej klęsce ustawy o jakości jej come back na majowym posiedzeniu pręży muskuły, deklaruje determinację w obronie praw pacjentów. Ministerialne podejście tak naprawdę jest pułapką. Konfrontacyjny ton, jaki resort zdrowia co jakiś czas przybiera wobec lekarzy – i pozostałych pracowników ochrony zdrowia, ale lekarzy zwłaszcza – brzmi fałszywie, bo praw pacjenta nie da się bronić w kontrze wobec praw lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, ratowników. Antagonizowanie interesariuszy tylko pogorszy sytuację w publicznym systemie. Pogorszy więc los pacjentów, ostatecznie.

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

WYDARZENIA

O KODEKSIE ETYKI LEKARSKIEJ W PAŹDZIERNIKU W GDAŃSKU

Antropologiczne podstawy humanizmu w różnych nurtach etyki i psychiatrii, autonomia pacjenta w aspekcie stosowania procedury ubezwłasnowolnienia całkowitego, nowelizacja Kodeksu Etyki Lekarskiej czy kodeksy etyki lekarskiej na świecie to niektóre z zagadnień, które zostaną poruszone podczas październikowej konferencji „Rozmowy o etyce – Kodeks Etyki Lekarskiej, reklama, psychiatria”. Konferencja poświęcona będzie nowelizacji Kodeksu

Etyki Lekarskiej, tematyce reklamowania się lekarzy i etyce w psychiatrii, a wśród prelegentów pojawiają się m.in. prof. Paweł Łuków z Centrum Bioetyki i Biopraw Uniwersytetu Warszawskiego, dr hab. prof. Uniwersytetu SWPS Piotr Piesiewicz z Instytutu Prawa SWPS oraz przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej dr Artur de Rosier.

Wydarzenie organizowane przez Komisję Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej, Okręgową Izbę Lekarską

w Gdańsku oraz Śląską Izbę Lekarską w Katowicach odbędzie się w formule stacjonarnej 7.10.2023 r. w Gdańsku.

Zapraszamy do udziału członków komisji etyki okręgowych izb lekarskich oraz osoby zainteresowane zagadnieniami etyki lekarskiej. Wszelkie informacje na bieżąco będą publikowane na stronie NIL (nil.org.pl) w zakładce Komisji Etyki Lekarskiej. W sprawie konferencji można kontaktować się mailowo pod adresem kel@nil.org.pl.



Dlaczego zdrowie nie wybrzmi w kampanii wyborczej

Aż 95 proc. Polaków uważa, że sytuacja w ochronie zdrowia powinna być głównym tematem przed wyborami parlamentarnymi. Ale nie będzie.

Małgorzata Solecka dziennikarka

Wyniki sondażu Kantar przeprowadzonego dla Faktów TVN, w którym Polacy zostali poproszeni o odpowiedź, czy dany temat jest ważny i czy powinien być dyskutowany przed wyborami – zaskakują i nie zaskakują. Paradoxs? Tylko pozornie.

Polacy powinni się czuć zmęczeni codzienną obecnością tematów pośrednio lub bezpośrednio związanych ze zdrowiem w mediach i w głównym nurcie publicznej dyskusji. Pandemia postawiła sprawy ochrony zdrowia w centrum uwagi, przynajmniej w sferze werbalnej, a to wystarczy, by opinia publiczna uznała, że temat się wyczerpał.

Dlatego 95 proc. wskazań na zdrowie można uznać za wynik wręcz szalony, któremu należy się bliżej przyjrzeć. Czy wynika on z ugruntowanego przekonania, że „zdrowie jest najważniejsze”, czy też z trzech lat słuchania o zdrowiu, długu zdrowotnym, nadmiarowych zgonach, szczepieniach i wirusach? Są też osobiste doświadczenia: czy to przełożonych z powodu pandemii operacji, czy zgonu bliskiej osoby w karetce pod szpitalnym oddziałem ratunkowym, czy może zamkniętego na głucho oddziału pediatrycznego w najbliższym szpitalu powiatowym. Skłaniają one obywateli – przynajmniej część z nich – do refleksji, że przez osiem ostatnich lat ochrona zdrowia może i poczyniła potężny krok, ale zważywszy że znajdowała się niedaleko przepaści, niekoniecznie powinniśmy się z tego cieszyć.

W MNIEJSZYCH UGRUPOWANIACH

Sytuacja w ochronie zdrowia oczywiście powinna być jednym z głównych tematów kampanii wyborczej (albo wręcz najważniejszym), ale z bardzo dużym prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością nie pojawi się w ogóle jako temat poważnej debaty. Dlaczego? Konieczna byłaby sensowna i konstruktywna propozycja programowa, zdefiniowanie na nowo paradygmatu dyskusji. Tymczasem po stronie szeroko rozumianej opozycji, która jest podzielona, można dostrzec elementy programu dla zdrowia, ale głównie w mniejszych ugrupowaniach – i są to raczej propozycje w konkretnych, dość wąskich, obszarach. W kontekście wyborów Koalicja Obywatelska i jej lider zdają się w ogóle nie dostrzegać spraw zdrowia, koncentrując się na zwykłe nie do końca udanych próbach torpedowania pomysłów obecnej ekipy. W tym też jednak brakuje determinacji – przez Sejm przeszło co najmniej kilka ustaw fatalnych z punktu widzenia ochrony zdrowia, bo w szeregach największego ugrupowania opozycji zabrakło dyscypliny.

Wchodząc na chwilę w buty opozycji, należy uznać, że najbardziej naturalnym tematem kampanii – czy też raczej dobrze pojmowanych obietnic wyborczych – powinny być nakłady na zdrowie. Choćby dlatego, że rządzący będą udowadniać zwiększenie finansowania w ciągu dwóch kadencji o kilkadziesiąt procent. Można postawić dolary przeciw orzechom, że będą zestawiać 4,5 proc. PKB w 2015 r. z 6,5 proc. w 2023 r. Dlaczego 6,5 proc.? A dlaczego nie?

MINISTER SIĘ NIE ZAJĄKNIE

Zupełnie poważnie: jak wynika z wyliczeń Federacji Przedsiębiorców Polskich, stosując ustawową metodologię, po zliczeniu wszystkich możliwych wydatków rzeczywiście możemy zbliżyć się do granicy 6,5 proc. PKB z 2021 r. Cóż, że będzie to sukces pisany wyłącznie palcem na interaktywnym ekranie. Realnie może przekroczymy 5 proc., ale o tym nikt się nie zająknie, a na pewno nie minister zdrowia czy premier. Opozycja powinna wziąć temat na tapet, zwłaszcza że nawet taki wzrost, czyli przekroczenie „magicznej” granicy 5 proc. PKB, wcale nie jest gwarantowany, a punktem odniesienia są, a w każdym razie powinny być, dane Eurostatu czy OECD. Według nich Polska na zdrowie wydaje ze środków publicznych ok. 4,7 proc. PKB, czyli o niemal połowę mniej niż wynosi średnia dla Unii Europejskiej.

Temat finansów byłby naturalnym i niekoniecznie wygodnym dla rządzących wyborem jeszcze z dwóch względów. Po pierwsze, już widać zaciskanie pasa i „szlaban” na pieniądze z budżetu państwa. Skoro dzięki kreatywnej księgowości osiągniemy w tym roku niemal 6,5 proc. PKB sprzed dwóch lat, nie ma mowy, by budżet państwa cokolwiek dołożył do zdrowia. Wszak ustawa zostanie zrealizowana z wynoszącą 0,5 pkt. proc. nawiązką. Potwierdzają to takie ruchy jak przekazanie w ramach ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (sic!) 50 mln zł z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia na

rzecz Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej z przeznaczeniem na edukację zdrowotną (porady fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków) w ramach półkolonii letnich. Wspólny projekt ministerstw zdrowia i sportu zostanie zrealizowany w połowie ze środków zdrowotnych, ponieważ minister zdrowia nie może liczyć na żadne dodatkowe środki z budżetu państwa.

Skąd to wiadomo? Pod koniec marca minister finansów Małgorzata Rzeczkowska udzieliła kilku wywiadów, dementując informacje, jakoby w rządzie toczyły się rozmowy m.in. nad waloryzacją programu 500+ (podobno się toczą, ale w grę nie wchodzi stuprocentowa waloryzacja, ale „jedynie” podniesienie stawki do 700 zł). Przy okazji wymieniła priorytety, na jakie budżet państwa ewentualnie może znaleźć w tym roku pieniądze: obronność i szeroko rozumiane bezpieczeństwo. O ochronie zdrowia nic, ani słowa. Zresztą – nie po to budżet państwa oszczędził dzięki nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ok. 7 mld zł, żeby ponownie „dokładać się” do zdrowia. Dodajmy, że kwota, o którą wzrosły dochody NFZ z tytułu składki zdrowotnej, „wróciła” do budżetu z tytułu przejścia przez Fundusz nowych zadań do sfinansowania oraz likwidacji obowiązku odprowadzania składek zdrowotnych przez budżet za wybrane grupy obywateli.

ARBUZ NA TORCIE

Drugim powodem jest oczywiście zadłużenie szpitali – najlepszy barometr realnej kondycji finansów ochrony zdrowia. Zdaniem ministra zdrowia, jeśli chodzi o długi szpitali, sytuacja może nie jest optymalna, ale też nie niepokojąca. Powołując się pod koniec marca na dane za drugi kwartał 2022 r., Adam Niedzielski dowodził, że zadłużenie ogółem wzrosło co prawda o ponad miliard złotych, ale to wzrost mniejszy

Dla polityków największych partii zdrowie to pole minowe, a mniejsze ugrupowania nie są w stanie zawładnąć społeczną wyobraźnią

niż wzrost budżetów szpitali. Zadłużenie zaś wymagalne (minister podczas konferencji prasowej nie był pewny, czy wynosi ono ok. 2 mld zł, czy 1 mld zł więcej) utrzymuje się na stałym poziomie. Hurra.

Na marginesie: ciekawe, że w czasach, gdy dane o zadłużeniu zbierano niemal ręcznie, publikowane były bez zbędnej zwłoki. Dziś zaś, w dobie cyfryzacji, resort zdrowia po niemal dziewięciu miesiącach nadal przywołuje stan z 30 czerwca 2022 r., choć wiadomo, że sytuację diametralnie zmieniła ustawa o minimalnych wynagrodzeniach, której nowelizacja weszła w życie dzień później.

Wisienką – czy też raczej arbuzem – na torcie jest zaś stosunek ministra do faktu, że aby funkcjonować, podległa mu placówka musi się zadłużać w parabanku. Innymi słowy, musi brać „chwilówkę”, wysoko oprocentowaną pożyczkę, ponieważ nie ma zdolności kredytowej ani poręczyciela. Ujawienie przez media informacji, że po „pomoc” parabanku musiał się zwrócić Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), wstrząsnęło opinią publiczną, ale na pewno nie ministrem, który ze stoickim spokojem tłumaczył, że dzięki tej pożyczce szpital będzie mógł przetrwać kolejnych pięć miesięcy, potrzebnych do osiągnięcia porozumienia z Bankiem Gospodarstwa Krajowego. Gdy BGK zaakceptuje

„ambitny plan restrukturyzacji”, szpital odzyska płynność finansową dzięki kredytowi bankowemu. Będą środki na inwestycje (priorytet). Co z podwyższeniem kontraktu, nie tylko dla IPiN? Na ten temat ani słowa.

STAN ZDROWIA KRAJU JESZCZE SIĘ POGORSZYŁ

Cztery lata temu, przed wyborami 2019 r., Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie rozpoczęła kampanię „Polska to chory kraj”. Można zaryzykować tezę, że od tego czasu stan zdrowia pacjenta jeszcze się pogorszył. Być może Polacy intuicyjnie to czują, stąd owe 95 proc. wskazań w sondażu. Skądinąd wiadomo jednak, że jako społeczeństwo na potęgę unikamy badań profilaktycznych i niechętnie zastanawiamy się, czy dokonywane codziennie wybory są optymalne dla naszego zdrowia. Pod tym względem odstawiamy od średniej europejskiej w takim samym stopniu, w jakim odstawia nasze wydatki na zdrowie – cały czas deklarując, że „zdrowie jest najważniejsze” i życząc sobie „zdrowia, zdrowia, zdrowia i jeszcze raz zdrowia”.

Dlatego stan systemu ochrony zdrowia nie znajdzie się w centrum kampanii wyborczej (do tej pory tylko raz był bardzo wysoko na liście wyborczych priorytetów, w 2001 roku, gdy po zwycięstwie szedł Sojusz Lewicy Demokratycznej, jak w bęben waląc w reformę kas chorych wprowadzoną przez rząd AWS-UW). Dla polityków największych partii zdrowie to pole minowe. Mniejsze ugrupowania nie są w stanie zawładnąć społeczną wyobraźnią. Obywatele... cóż. O pewnych sprawach lepiej nie wiedzieć. Niby boli, niby uwiera, niby wiadomo, że problem coraz większy... ale w końcu może samo przejdzie.

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



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.fll.org.pl

POMOC DLA UKRAINY



Medyczni DYWERSANCI

Pomoc dostarczana blisko działań zbrojnych jest najbardziej potrzebna, a na dodatek mamy pewność, że trafia bezpośrednio w ręce medyków frontowych – mówi **Agata Stodolska-Nowak**, lekarka okulistka z Leszna i założycielka Dywersji Medycznej, w rozmowie z Lidią Sulikowską.

Czym właściwie jest Dywersja Medyczna?

Zaraz po wybuchu wojny w Ukrainie w lutym 2022 r. mój kolega farmaceuta zaczął zbierać pieniądze na zakup karetki dla ukraińskiego zespołu medycznego. Dołączyłam do niego. Czułam się bezsilna wobec sytuacji wojny i chciałam w jakikolwiek sposób pomóc. Wkrótce zebrała się wokół nas grupa pasjonatów – lekarzy, ratowników, a także ludzi niezwiązanych z medycyną – którzy postanowili oddać mnóstwo swojej energii, by pomagać więcej i więcej. Zresztą takich oddolnych akcji było wówczas wiele w całym kraju. A my wśród nich. Po pewnym czasie doszłam do wniosku, że nasze działania trzeba bardziej usystematyzować. Tak powstała Dywersja Medyczna. Jest nas w sumie kilkanaście osób z różnych zakątków Polski, w tym troje lekarzy.

Komu państwo pomagają?

Na początku skupialiśmy się na dostarczaniu różnego rodzaju pomocy humanitarnej i medycznej do ukraińskich placówek medycznych. Od jesieni tego roku przekierowaliśmy nasze wsparcie bliżej działań wojennych, do medyków frontowych towarzyszących żołnierzom w rejonach toczących się walk. Ta współpraca się rozkręca. Z czasem medycy ukraińscy sami zaczęli się do nas zgłaszać po pomoc. W takich sytuacjach nie można odmówić. Tym bardziej, gdy jesteś lekarzem i wiesz, że da się kogoś uratować, o ile masz odpowiednie narzędzia. Nieważne więc, jak jesteś zmęczony, jak bardzo brakuje na wszystko pieniędzy. Poruszasz niebo i ziemię, by dostarczyć im opatrunki czy sprzęt medyczny. Na szczęście na świecie jest wielu dobrych ludzi. Mamy darczyńców, na których możemy liczyć.

Jak udało wam się dotrzeć do medyków blisko frontu?

Dowiedziałam się o grupie polskich ochotników – paramedyków bojowych, którzy pomagają rannym żołnierzom na froncie wschodnim w Ukrainie. Nawiązałam z nimi kontakt i tak to się zaczęło. Na początek dostarczyliśmy im m.in. kardiomonitoring i inne drobne sprzęty. Szybko się zorientowałam, że pomoc dostarczana blisko działań zbrojnych jest najbardziej potrzebna, a na dodatek mamy pewność, że trafia bezpośrednio w ręce medyków frontowych. Dzięki tym kontaktom omijamy różnych pośredników i nie dochodzi do sytuacji, które czasem nam się zdarzały, że dary trafiły



**Punkt medyczny na froncie wschodnim.
W takich warunkach opatrywani są ranni**

nie tam, gdzie rzeczywiście ich brakowało. Teraz dostajemy konkretne informacje, co trzeba dostarczyć, a my kupujemy i im wiziemy. Do Bachmutu i innych miejsc.

Czego najbardziej potrzeba w tym momencie?

Najbardziej brakuje samochodów, które mogą przetransportować rannego człowieka z pola walki do najbliższego punktu, gdzie może być udzielona jakakolwiek pomoc medyczna. Muszą to być auta terenowe, bo walki toczą się w błotnistym terenie. Niestety są one drogie, a poza tym nie służą przez długi czas. To praca w warunkach bojowych, samochody są ostrzeliwane i muszą być na bieżąco remontowane albo wymieniane, a na to brakuje pieniędzy.

Brakuje też, rzecz jasna, podstawowego drobnego sprzętu medycznego z zakresu medycyny pola walki – opasek taktycznych do tamowania krwotoków, opatrunków hemostatycznych, bandaży izraelskich i innych środków do zaopatrzenia rannych. Marzą nam się też AED-y. To są olbrzymie wydatki. W sfinansowaniu ich zakupu pomagają prywatne firmy, a także koledzy i koleżanki medycy z Wielkiej Brytanii, USA i Francji, którzy przekazują nam sprzęt i pieniądze. Jakoś udaje się wiązać koniec z końcem, chociaż jest coraz trudniej. Wojna trwa już wiele miesięcy, co oznacza, że się z nią oswoiłiśmy. Entuzjazm do pomagania, który obserwowaliśmy jeszcze w 2022 r., nieco zmalał. Uruchomiliśmy więc zbiórkę na portalu zrzutka.pl – z całego serca zachęcam do wpłat. Zapraszam też do współpracy medyków, którzy mogą oferować pomoc rzeczową. Często potrzebujemy



Ukraińscy medycy z darami przekazanymi przez Dywersję

bardzo prostych rzeczy. Podam przykład: kiedyś szukaliśmy glukometrów i udało się je zdobyć dzięki lekarzom rodzinnym. Najlepiej się z nami skontaktować i zapytać, czego aktualnie potrzebujemy. Jesteśmy obecni na Facebooku.

Takie zaangażowanie to duże poświęcenie, a doba ma tylko 24 godziny. Nie zniechęciła się pani jeszcze?

Oczywiście dopada mnie zwątpienie i myślenie, że nie dam już więcej rady. Wiem jednak, że to, co robimy, jest potrzebne. To piękna działalność, bo przyczynia się do ratowania czyjegoś życia. Poznałam wielu wspaniałych ludzi, zawiązały się przyjaźnie. Codziennie otrzymujemy dowody wdzięczności od Ukraińców za to, co robimy. Pomaganie daje olbrzymią satysfakcję. Nie mogę więc pozwolić sobie na narzekanie. Łatwo jest mi się zmobilizować, bo jestem bardzo blisko ludzi, którzy ryzykują swoje życie na froncie, by pomagać innym. Często rozmawiam z lekarzami czy paramedykami pracującymi w rejonach toczących się walk, słysząc w tle jakieś wystrzały czy wybuchy. Często te rozmowy są przerywane, bo oni muszą gdzieś uciekać. Martwię się, czy kolejnego dnia uda się z nimi skontaktować. Czy jeszcze żyją.

Jak wygląda to ich wojenne życie?

Są pochłonięci pracą. Na froncie nie ma czasu na sen czy jedzenie. Wszyscy są potwornie zmęczeni. Często cudem unikają śmierci, ratując innych. Nie mają czasu nad tym wszystkim rozmyślać, ale mimowolnie dopadają ich lęki i problemy emocjonalne. Dlatego staramy się do nich docierać także z pomocą psychologiczną.

Współpracujemy z grupami medyków pola walki działającymi w różnych lokalizacjach. Każdego dnia jedna kilkusobowa grupa pomaga nawet setce rannych. Część z nich uczestniczy w systemie ewakuacji CASEVAC, czyli transportu rannego bezpośrednio z pola walki, w ekstremalnie niebezpiecznych warunkach do tzw. punktu stabilizacji. Te punkty mieszczą się zazwyczaj kilka kilometrów od frontu – w budynkach, gdzie kiedyś działał urząd, szkoła, przychodnia. W tych akcjach nie zawsze biorą udział medycy, ale wszyscy mają dużą wiedzę z zakresu medycyny pola walki, są po odpowiednich kursach. Dopiero z takiego punktu – jeśli trzeba – organizowana jest ewakuacja w systemie MEDEVAC, do najbliższego szpitala polowego. Taki transport odbywa się już z udziałem personelu medycznego.

Jakie są najbliższe plany Dywersji Medycznej?

Przygotowujemy auto, które będzie przystosowane do ewakuacji rannych z punktu stabilizacyjnego do szpitala polowego. To sprzęt dla naszej ekipy, która wyruszy do Ukrainy za kilka tygodni i będzie działać przy jednej z brygad ukraińskich. Mamy też w planach przygotowanie kolejnego samochodu – to będzie projekt ku pamięci Marka Mastalerza, polskiego wolontariusza, który zginął w wyniku ostrzału na wschodzie Ukrainy. Można nam pomóc, wpłacając datkę na zakup samochodu i jego wyposażenie. W ten sposób chcielibyśmy uczcić śmierć człowieka, który oddał własne życie, ratując innych.

Pozostaje życzyć waszej ekipie powodzenia.

Bardzo dziękuję.

e-mail: dywersjamedyczna@gmail.com

Czas zmienić zasady refundacji

Specjalny zespół z udziałem przedstawicieli resortu zdrowia ma przygotować system teleinformatyczny ułatwiający dobór poziomu odpłatności za lek. Lekarze twierdzą jednak, że konieczne jest zdjęcie z nich obowiązku określania poziomu refundacji. W przeciwnym razie problem wróci, być może pod inną nazwą.



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zażądał 160 tys. zł od jednej z warszawskich lekarek, która wystawiła recepty na preparat mlekozastępczy Neocate kilkunastu dzieciom z bardzo ciężką alergią. – Sama go nie wypita – broni się, dodając, że pomagała ciężko chorym pacjentom. To jednak nie przekonuje urzędników.

Przyjmowanie preparatu często stanowi jedyną szansę leczenia dzieci z ciężkimi postaciami alergii lub z alergią na wiele pokarmów, gdy nie tolerują innych terapii. – To nie jest mleko, lecz preparat leczniczy zakwalifikowany jako produkt spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Na całym świecie jest traktowany jako lek – podkreśla dr hab. Andrea Horvath, kierownik Zespołu Żywnościowego Kliniki Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wielu rodziców nie stać na jego zakup bez refundacji, bo jedno opakowanie kosztuje ok. 150 zł. – To wydatek

ok. 1,4 tys. zł miesięcznie – mówi Bożena Janicka, pediatra, specjalistka medycyny rodzinnej.

KARA ZA LECZENIE

W ramach kontroli ordynacji preparatu mlekozastępczego NFZ stwierdził nieprawidłowości w blisko tysiącu placówek. Nałożone kary przekroczyły 5,3 mln zł. Kiedy ta informacja ujrzała światło dzienne, w środowisku lekarskim zawrzało. Zarówno do Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), jak i do izb okręgowych zaczęli zgłaszać się lekarze z wezwaniami do zapłaty kar po kilka, a nawet kilkadziesiąt tysięcy złotych. – Dla mnie to niepojęte – w taki sposób decyzje Funduszu komentuje dr Paweł Czekalski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi. W lutym, w czasie spotkania z lekarzami ukaranymi przez NFZ, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski obiecał im pomoc, a do urzędników zaapelował o natychmiastową zmianę podejścia do postępowania kontrolnych. – Sposób i standard przeprowadzania kontroli przez NFZ powinien ulec zmianie aż do momentu całkowitego zniesienia obowiązku określania stopnia refundacji przez lekarzy – podkreślił prezes NRL.

Kary posypały się w różnych częściach kraju, m.in. na Podbeskidziu. Do biura senatorskiego dr Agnieszki Gorgoń-Komor zgłosili się lekarze z podobnymi problemami. – W Bielsku-Białej jeden z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zapłacił karę w wysokości 40 tys. zł, ale znam przypadki, gdy NFZ domagał się



Wiceprezes NRL Klaudiusz Komor w trakcie debaty w Senacie

znacznie więcej – podkreśla senator. Wezwania do zapłaty są jeszcze bardziej dotkliwe z powodu narosłych odsetek, a do niedawna nikt nie wiedział o toczących się kontrolach. – To są sprawy sprzed kilku lat. Nie może być tak, że lekarz musi zaciągnąć kredyt, by spłacić karę w obawie przed szybko rosnącymi odsetkami – dodaje Agnieszka Gorgoń-Komor.



Zadaniem lekarza jest leczenie pacjenta, a nie określanie na receptach poziomu odpłatności za leki – to najważniejszy wniosek z debaty „Zdrowie dzieci. Refundacja w aspekcie dobra pacjentów”, która odbyła się w Senacie

Po ukazaniu się informacji o karach w mediach ogólnopolskich NFZ odstąpił od karania lekarzy za ordynację preparatu mlekozastępczego dzieciom w wieku od 12. do 18. miesiąca życia w pełnej wysokości kosztów refundacji. To mały sukces, ale problem nie został rozwiązany. Jego przyczyna tkwi znacznie głębiej i nie dotyczy tylko tego jednego leku, ale funkcjonowania systemu refundacyjnego. – To była kropla, która przelała czarę goryczy. Mam nadzieję, że rządzący zrozumieli, że muszą pilnie zająć się zmianą przepisów, tak by zdjąć z lekarzy obowiązek określania stopnia refundacji na receptach – mówi dr Klaudiusz Komor, wiceprezes NRL. Jak dodaje, lekarze powinni odwołać się od kar wymierzonych przez NFZ i tak jak dotychczas postępować zgodnie z wiedzą medyczną. Warto, by zgłosili się do NIL lub swojej izby okręgowej. – Chcemy mieć informację o skali problemu. W razie potrzeby zapewnimy pomoc prawną – deklaruje wiceprezes NRL.

NIESPEŁNIONA OBIETNICA

Obecnie o tym, ile pacjent zapłaci za lek w aptece, decyduje minister zdrowia, ale obowiązek określenia stopnia refundacji na receptach spoczywa na lekarzu. To on podejmuje ostateczną decyzję w oparciu o wiedzę, na podstawie takich informacji jak wiek pacjenta i rodzaj jego schorzenia. To samo w sobie nie jest łatwe, a sytuację utrudnia nieustanna zmiana przepisów.

Lekarze od dawna apelują do kierownictwa Ministerstwa Zdrowia o zdjęcie z nich obowiązku określania poziomu refundacji. Taka obietnica w formie pisemnej znalazła się na początku 2018 r. w porozumieniu kończącym protest rezydentów. Niestety, ówczesny szef resortu Łukasz Szumowski słowa nie dotrzymał, a jego następcą Adam Niedzielski problemu wciąż nie rozwiązał, choć resortem kieruje od ponad 2,5 roku. – Kiedy minister wreszcie spełni tę obietnicę? – zastanawia się dr hab. Piotr Dziechciarz, pediatra, gastroenterolog dziecięcy. Podobne pytanie stawia coraz więcej osób.

Czas płynie, a odwlekanie decyzji o zwolnieniu lekarzy z określania poziomu refundacji skutkuje nawarstwianiem się problemów na linii pacjent-lekarz. „Rola lekarza jest leczenie pacjentów, a nie wykonywanie czynności administracyjno-biurokratycznych, polegających m.in. na czasochłonnej weryfikacji poziomu odpłatności na wystawianych receptach” – czytamy w apelu Prezydium NRL, który został skierowany do ministra zdrowia w lutym 2023 r., czyli dokładnie pięć lat po zakończeniu protestu Porozumienia Rezydentów i publicznym złożeniu ministerialnej obietnicy. – Określanie poziomu refundacji powinno odbywać się automatycznie – podkreśla dr Klaudiusz Komor, dodając, że nie rozumie, dlaczego sytuacja nie zmieniła się od 2011 r., kiedy Sejm uchwalił ustawę o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego

przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. – Od kilku lat wszystkie recepty znajdują się w systemie elektronicznym – dodaje wiceprezes NRL.

DEBATA W SENACIE

Żeby zwrócić uwagę na kary wymierzone lekarzom przez NFZ i problemy związane z określaniem stopnia refundacji, 31 marca w sali posiedzeń Senatu RP odbyła się debata „Zdrowie dzieci. Refundacja w aspekcie dobra pacjentów”. Została zorganizowana przez senator Agnieszkę Gorgoń-Komor, która aktywnie zaangażowała się w nagłośnienie przypadków karania lekarzy za przepisywanie dzieciom preparatu mlekozastępczego, i NIL. Debatę otworzył marszałek Senatu prof. Tomasz Grodzki. – Sprawa dotyczy dzieci i lekarzy, a gigantyczne kary są bulwersujące. Na pierwszym miejscu powinno być dobro dziecka, a nie niemądre czy bezduszne przepisy – powiedział marszałek.

SKARB PAŃSTWA NIE STRACIŁ

Rzecznik Praw Lekarza Monika Potocka przywołała niedawne spotkanie z przedstawicielami NFZ w siedzibie NIL. W odpowiedzi na jej pytanie o procedury przeprowadzania kontroli usłyszała, że jedyną wskazówką jest to, by nie były uciążliwe dla lekarzy. – Ale one są niesłychanie uciążliwe – zaprotestowała Monika Potocka. W jej opinii resort zdrowia powinien wnikliwie przeanalizować sposób

przeprowadzania kontroli przez NFZ. – Muszą powstać wytyczne. Postępowania nie mogą trwać kilka lat i trzeba wyeliminować możliwość zawieszania kontroli np. na dwa lata, bo lekarz musi później zapłacić odsetki za cały okres – podkreślała.

TRACĄ LEKARZE I PACJENCI

Na to, że leczenie, refundowanie leków i współpraca na linii lekarz-NFZ stanowi system naczyń połączonych, a ustawa refundacyjna wiąże się z trudnymi wyborami, zwrócił uwagę Piotr Kalkowski, członek Prezydium NRL. – Niekiedy sytuacja zmusza lekarzy do stawiania błędnych diagnoz. Tak dzieje się m.in. w psychiatrii. W Polsce praktycznie nie występują zaburzenia schizofreniczne nie dlatego, że jesteśmy zdrowym narodem, ale z uwagi na utratę refundacji po postawieniu diagnozy. Część lekarzy podejmuje ryzyko na korzyść pacjentów, zwłaszcza wtedy, gdy ci znajdują się w trudnej sytuacji materialnej. Nie wszystkich stać na leczenie, a lekarze nie chcą, by pacjent wybierał, na co przeznaczyć pieniądze: na przeżycie czy na leczenie – powiedział.

W dyskusji głos zabierała również Agnieszka Jóźwiak, mama sześciolatka, który do niedawna cierpiał z powodu bardzo ciężkiej alergii pokarmowej. Podkreśliła, że nie zgadza się na wymierzanie kar za pomaganie chorym, ale po wsłuchaniu się w głosy płynące ze strony lekarzy dobrze rozumie ich strach. – Lekarz powinien być związany odpowiedzialnością wobec pacjenta. Żaden lekarz nie powinien się bać – powiedziała, a jej wystąpienie nagrodzono oklaskami. Głos wsparcia nadszedł także ze strony chorujących na cukrzycę, którzy czasami stają się mimowolnymi ofiarami niespójnych przepisów. Zdarza się, że o brak refundacji obwiniają wówczas, oczywiście niesłusznie, lekarzy. – Dla przeciętnego pacjenta przepisy refundacyjne to abstrakcja. Popieramy rozwiązania w zakresie automatyzacji określania stopnia refundacji leków – dodała Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

OSKARŻENIA I STRACH

Żaden przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia nie wziął udziału w senackiej debacie, choć organizatorzy wystosowali takie zaproszenie. Senator Agnieszka

Gorgoń-Komor obiecała dopilnować, by sformułowane w trakcie spotkania postulaty trafiły do ministra zdrowia. – Jesteśmy traktowani trochę jak przestępcy, bo kierujemy się dobrem pacjenta. Co myśli społeczeństwo, słysząc w telewizji, że Centralne Biuro Antykorupcyjne prowadzi wobec grupy lekarzy postępowanie w sprawie o wyłudzenie pieniędzy? – zapytała. Odwołała się także do spotu NIL pt. „Ratowanie życia to nie przestępstwo”, który ukazuje codzienne dylematy lekarzy z pogranicza medycyny i prawa, gdy każde wyjście z sytuacji wydaje się złe. – Nasz zawód jest deprecjonowany, a my coraz częściej się boimy. Tak dalej być nie może – dodała Agnieszka Gorgoń-Komor.

KONKRETNE OCZEKIWANIA

Jeden z najważniejszych postulatów dotyczy powołania zespołu ekspertów, który oceni zalecenia medyczne w zakresie kontynuowania leczenia dzieci z alergią preparatem mlekozastępczym poza wskazaniami refundacyjnymi.

Niezależna od NFZ analiza pozwoli oddalić od lekarzy oskarżenia o rzekome nadużycia. – Jesteśmy w stanie poddać się publicznej weryfikacji, że postępujemy zgod-

nie z prawem, by obalić kłamstwo o wyłudzeniu pieniędzy – podkreśliła dr hab. Andrea Horvath. Gdy zespół potwierdzi zasadność stosowania tego środka z punktu widzenia medycznego, kolejnym krokiem powinno być uchylenie kar nałożonych na lekarzy wraz z narosłymi odsetkami. Niezwykle ważną kwestią jest stworzenie systemu kontroli poprawności wystawiania recept prowadzonego przez NFZ, tak by nie uderzał rykoszetem ani w lekarzy, ani w pacjentów. Obecnie wiele zależy od indywidualnej interpretacji przepisów przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Możliwość przeprowadzania kontroli nawet do 10 lat wstecz nie pozwala lekarzom na szybką korektę ewentualnych błędów, a dodatkowo prowadzi do obciążania ich odsetkami. Dotkliwe kary finansowe podcinają skrzydła wielu lekarzom, a przecież – zgodnym głosem mówili uczestnicy spotkania w Senacie – nie powinni obawiać się wystawiania recepty na lek, od którego zależy życie lub zdrowie pacjenta.

JASKÓŁKA NADZIEI

Kilka tygodni temu Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało, że jeszcze w 2023 r. może powstać funkcjonalność pozwalająca

aplikacjom gabinetowym na automatyczne zaciąganie do recepty informacji o właściwym poziomie refundacji leku. Na początku marca powstał zespół, który ma wypracować takie rozwiązanie i przygotować koncepcję działania systemu informatycznego. – Reagujemy na głosy środowiska lekarskiego. Chcemy ograniczyć możliwość popełnienia błędów, która sprawa niejednokrotnie, że pacjent musi wrócić do lekarza – deklaruje minister zdrowia Adam Niedzielski. Na wieść o powstaniu zespołu prezes NRL powiedział, że traktuje to jako sukces samorządu lekarskiego. – Administracyjne obowiązki lekarza, w tym również te związane z określaniem przez niego stopnia refundacji, stanowią przeszkodę w leczeniu, a co za tym idzie, działają na niekorzyść pacjentów – podkreśla Łukasz Jankowski. W zespole, poza przedstawicielami resortu, są przedstawiciele NFZ, Centrum e-Zdrowia, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, NRL, Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” i działającej przy ministrze zdrowia Rady Organizacji Pacjentów.

BEZ POŚREDNICH ROZWIĄZAŃ

– Moją rolą jest dopilnowanie, by nie powstały rozwiązania pośrednie, takie jak program podpowiadający lekarzowi stopień refundacji, ale niezdejmujący odpowiedzialności. Gdyby tak się stało, wszystko zostałoby po staremu – mówi dr Klaudiusz Komor, jeden z członków zespołu. Wśród zadań stawianych przed zespołem jest wskazanie listy leków, które wejdą do systemu informatycznego, i opracowanie modelu sztucznej inteligencji ułatwiającej dobór poziomu refundacji. – Patrę na te zapowiedzi z lekkim niepokojem, bo nie chcemy czegoś jeszcze gorszego niż teraz. Chcemy skoncentrować się na leczeniu – dodaje wiceprezes NRL. Stanowisko samorządu lekarskiego jest jednoznaczne: lekarze powinni zostać całkowicie zwolnieni z obowiązku wskazywania zakresu refundacji leków i środków specjalnego przeznaczenia medycznego, a w systemie informatycznym muszą się znaleźć wszystkie refundowane medykamenty. Pierwsze spotkanie zespołu odbyło się 30 marca, tj. dzień przed debatą w Senacie, a kolejne w połowie kwietnia. Nie wiadomo, o czym rozmawiano i jakie zapadły ustalenia, ponieważ do czasu zakończenia prac zespołu jego członkowie nie wypowiadają się publicznie na ten temat. ■■■

NOWELIZACJE

NOWE URLOPY I ZWOLNIENIA PRACOWNIKÓW

26 kwietnia br. weszły w życie zmiany Kodeksu pracy, które przyznają pracownikom nowy urlop i zwolnienie od pracy. Mają także wpływ na wymiar urlopów związanych z rodzicielstwem. Są wynikiem implementacji do polskiego porządku prawnego dwóch dyrektyw unijnych.

dr **Iwona Jaroszeńska-Ignatowska** radca prawny

Pracownik może od 26 kwietnia wnioskować o zwolnienie z powodu działania siły wyższej w pilnych sprawach rodzinnych, spowodowanych chorobą lub wypadkiem, jeżeli będzie niezbędna jego natychmiastowa obecność.

SIŁA WYŻSZA, CZYLI...

Ani przepisy dyrektywy, ani nowe przepisy Kodeksu pracy nie definiują „siły wyższej”. Według orzecznictwa sądowego „siłą wyższą” jest zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, któremu nie można było zapobiec. Chodzi zatem będzie o takie sytuacje, gdy pracownikowi wypada po prostu pilna sprawa rodzinna, która została spowodowana chorobą lub wypadkiem, i niezbędna jest jego natychmiastowa obecność. Może wtedy wykorzystać dwa dni albo 16 godzin zwolnienia w roku kalendarzowym. O tym, czy wykorzystać je w dniach, czy w godzinach, decyduje pracownik w pierwszym wniosku o udzielenie takiego zwolnienia złożonym w danym roku kalendarzowym.

To zwolnienie od pracy będzie przysługiwało także pracownikom zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy. Gdyby chcieli wykorzystać je w wymiarze godzinowym, trzeba je ustalić proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy pracownika. Dokonując obliczeń, niepełną godzinę zwolnienia zaokrągla się w górę do pełnej godziny.

W przypadku pracowników ochrony zdrowia, dla których dobową normą czasu pracy jest niższa niż osiem godzin, a którzy zdecydowali się na wykorzystanie godzinowe, nie będzie zaokrąglania czasu zwolnienia, tak samo jak ma to miejsce przy udzielaniu tym pracownikom urlopu wypoczynkowego.

POŁOWA WYNAGRODZENIA

Pracownik powinien złożyć wniosek o zwolnienie od pracy z powodu działania siły wyższej najpóźniej w dniu korzystania z tego zwolnienia. Może go złożyć w dowolnej formie (np. mailowo, telefonicznie, SMS-em, na komunikatorze, na piśmie). Przepisy jej nie narzucają.

Trzeba pamiętać, że za okres tego zwolnienia od pracy pracownik zachowuje prawo jedynie do połowy wynagrodzenia za pracę. Oblicza się je jak wynagrodzenie za czas urlopu wypoczynkowego. Nie jest zatem liczone jako połowa wynagrodzenia zasadniczego, jeśli pracownik otrzymuje także inne składniki wynagrodzenia.

URLOP OPIEKUŃCZY

Dotychczasowe przepisy nie przewidywały urlopu opiekuńczego. Jedynie potocznie „urlopem opiekuńczym” nazywano zwolnienie od wykonywania pracy udzielane pracownikowi z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki m.in. nad:

- dzieckiem do ukończenia ośmiu lat w przypadku nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, choroby niani lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem,
- chorym dzieckiem do ukończenia 14 lat;
- innym chorym członkiem rodziny.

Czasem mówiono tak na zwolnienie od pracy, które przysługuje w wymiarze 16 godzin albo dwóch dni w ciągu roku kalendarzowego pracownikowi wychowującemu przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat.

Nowe przepisy przewidują, że pracownik może wykorzystać urlop opiekuńczy w celu zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia osobie będącej członkiem rodziny lub osobie zamieszkującej w tym samym gospodarstwie domowym, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych. Chodzi o pomoc dziecku, rodzicowi lub małżonkowi.

Urlop opiekuńczy przysługuje w wymiarze pięciu dni w roku. Udziela się go w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go grafikiem. Wymaga wniosku pracownika, który musi być złożony najpóźniej dzień wcześniej.

Przepisy wskazują, jakie dane należy podać we wniosku. Musi się tam znaleźć m.in. imię i nazwisko osoby, która wymaga opieki lub wsparcia z poważnych względów medycznych oraz przyczyna konieczności zapewnienia osobistej opieki lub wsparcia przez pracownika. Jeżeli wniosek będzie dotyczył członka rodziny, pracownik musi określić stopień pokrewieństwa. W przypadku, gdy wniosek będzie dotyczył osoby niebędącej członkiem rodziny, pracownik wskazuje adres zamieszkania tej osoby. Podanie adresu zamieszkania ma być potwierdzeniem, że osoba niebędąca członkiem rodziny

zamieszkuje z pracownikiem w tym samym gospodarstwie domowym. Pracodawca nie będzie mógł żądać od pracownika innych danych. We wniosku nie można podawać szczegółowych informacji o stanie zdrowia osoby, której pracownik zapewnia osobistą opiekę. Wystarczające jest podanie przyczyny konieczności zapewnienia przez pracownika osobistej opieki lub wsparcia.

Pracodawca nie będzie mógł żądać od pracownika potwierdzenia zaistniałych okoliczności np. zaświadczenia lekarskiego. Ustawodawca, jak czytamy w uzasadnieniu, uznał, że „Obowiązek wydawania odnośnych zaświadczeń stanowiłby kolejne obciążenie biurokratyczne, co najpewniej w największym stopniu dotknęłoby lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Każdorazowe zgłaszanie się do lekarza o wydanie takiego zaświadczenia skutkowałoby tworzeniem fikcji, że dana osoba (opiekun) będzie chciała skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż korzystałaby ona z tych samych kolejek oczekiwania na świadczenia jak regularni pacjenci”. Potwierdzenie przez pracownika okoliczności we wniosku będzie zatem

Naruszenie przepisów o urlopie opiekuńczym stanowi wykroczenie przeciwko prawom pracownika, zagrożone karą grzywny od 1000 zł do 30 tys. zł

wystarczające. Urlop opiekuńczy jest bezpłatny, ale wliczany do okresu zatrudnienia, od którego zależą uprawnienia pracownicze, np. do stażu pracy, od którego zależy okres wypowiedzenia lub wymiar urlopu wypoczynkowego. Co istotne, pracownik korzystający z urlopu opiekuńczego podlega ochronie zatrudnienia. W okresie tego urlopu pracodawca nie może prowadzić przygotowań do wypowiedzenia lub rozwiązania bez wypowiedzenia stosunku pracy.

Pracodawca nie może również wypowiedzieć ani rozwiązać bez wypowiedzenia stosunku pracy z pracownicą lub z pracownikiem podczas tego urlopu, chyba że będą przyczyny uzasadniające zwolnienie dyscyplinarne i reprezentująca ich zakładowa organizacja związkowa wyrazi na to zgodę.

URLOP RODZICIELSKI

Zgodnie z nowymi przepisami pracownicy rodzice dziecka mają prawo do urlopu rodzicielskiego w wymiarze do:

- 41 tygodni – w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie,
- 43 tygodni – w przypadku urodzenia

więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie.

W ramach tego wymiaru każdemu z rodziców przysługuje wyłączone prawo do dziewięciu tygodni urlopu rodzicielskiego. To część, której nie można przenieść na drugiego z rodziców dziecka. Jeśli zatem z urlopu skorzysta mama, a tata nie skorzysta ze swoich dziewięciu tygodni, to ten urlop w wymiarze dziewięciu tygodni przepadnie.

Urlop rodzicielski, tak jak dotychczas, przysługuje do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko ukończy 6. rok życia. Można z niego korzystać w dowolnym terminie, nie trzeba od razu po macierzyńskim, w pięciu częściach.

URLOP OJCOWSKI

Urlop ojcowski jest udzielany do:

- ukończenia przez dziecko 12 miesięcy (a nie jak do poprzednio – 24 miesięcy), bądź
- upływu 12 miesięcy od uprawomocnienia się postanowienia orzekającego przy sposobieniu dziecka i nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 14. roku życia. Udziela się go na pisemny wniosek pracownika, ojca wychowującego dziecko, złożony najpóźniej na siedem dni przed rozpoczęciem korzystania z urlopu. ■■■

LEKARZ PYTA, PRAWNIK ODPOWIADA

PRACA ZDALNA I ZAKAZ KONKURENCJI

Lekarz może wnioskować o pracę zdalną, ale pracodawca nie musi się na nią w każdym przypadku zgodzić. Nie tracą też mocy klauzule konkurencji wpisane w umowach.

dr **Iwona Jaroszewska-Ignatowska** radca prawny

Kolejne nowelizacje Kodeksu pracy wprowadzają coraz więcej zmian, które bardzo interesują pracowników. Pytań przybywa z dnia na dzień. Prezentujemy odpowiedzi na część z nich. Więcej w następnych wydaniach.

• Jakie są nowe zasady pracy zdalnej, dla kogo i ile dni w roku? Czy jest brak opcji odmowy w przypadku dzieci w wieku do lat czterech? Jak mogę przejść na pracę zdalną, będąc radiologiem? Kto zapewnia sprzęt do opisywania? Co z ochroną danych osobowych?

Nowe przepisy o pracy zdalnej, dotyczące m.in. lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę, obowiązują od 7 kwietnia br. Zgodnie z nimi o tym, jakie konkretnie zasady pracy zdalnej obowiązują u danego pracodawcy, przesądzają stosowne dokumenty. Praca zdalna może być

wprowadzona na polecenie pracodawcy, w wyniku porozumienia z organizacjami związkowymi na podstawie regulaminu pracy zdalnej lub na podstawie indywidualnego porozumienia zawieranego z pracownikiem. W tych dokumentach należy poszukiwać odpowiedzi na zadane pytanie. Każdy pracodawca mógł zdecydować się na inną podstawę stosowania pracy zdalnej.

Podczas trwania stanu zagrożenia epidemicznego i przez trzy miesiące po jego odwołaniu pracodawca może wprowadzić zasady pracy zdalnej w wydanym przez siebie poleceniu. Przepisy nie określają formy, w jakiej takie polecenie musi być wydane. Zazwyczaj ma ono formę pisemną lub jest przesyłane w postaci mailowej do pracowników. Być może u pracodawcy, o którym mowa w pytaniu, praca zdalna jest na tej podstawie zorganizowana.

Jeśli u pracodawcy działa organizacja związkowa, zasady pracy zdalnej będą określone w porozumieniu zawartym z tą organizacją, a jeśli nie uda się go zawrzeć w ustawowym terminie 30 dni – w regulaminie pracy zdalnej, który może wydać pracodawca.

W przypadku gdy u pracodawcy nie działają związki zawodowe, zasady pracy zdalnej określa regulamin pracy zdalnej.

We wszystkich tych dokumentach, tj. w poleceniu pracodawcy, porozumieniu zawartym ze związkiem zawodowym lub w regulaminie pracy zdalnej, muszą być wskazane m.in. grupy pracowników, które są objęte pracą zdalną. Trzeba zatem sprawdzić, czy w tej grupie znaleźli się zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lekarze radiolodzy.

Jeżeli u pracodawcy nie ma ani porozumienia zawartego z organizacjami związkowymi, ani regulaminu pracy zdalnej, wówczas zasady pracy zdalnej będą uregulowane w porozumieniu zawierającym indywidualnie z każdym pracownikiem.

Niezależnie od tego, czy praca zdalna została wdrożona w opisany wyżej sposób, czy też nie, pracownik rodzic dziecka w wieku do lat czterech może złożyć wniosek do pracodawcy o pracę zdalną. Pracodawca ma obowiązek ten wniosek, co do zasady, uwzględnić. Co do zasady, ponieważ przepisy przewidują okoliczności, kiedy pracodawca może pracy zdalnej odmówić. Odmowa może mieć miejsce, jeżeli jest uzasadniona ze względu na rodzaj wykonywanej pracy. Jeśli zatem z zakresu obowiązków wynika, że praca wymaga bezpośredniego kontaktu z pacjentem, to



Jeśli pracodawca zgodzi się na pracę zdalną, zostanie zawarte w tej sprawie porozumienie z pracownikiem

pracodawca będzie mógł odmówić. Odmowa może być też uzasadniona ze względu na organizację pracy. Jeśli nawet zakres obowiązków pozwoli na pracę zdalną, to może się okazać, że pracę w placówce, zamiast w domu, wymusi ustalona przez pracodawcę organizacja pracy. Wspierać ją może zasada, że nie wynosi się z siedziby pracodawcy dokumentów zawierających dane osobowe. Pamiętajmy też, że pracodawca może ustalić, że pracy zdalnej nie można wykonywać przez część dnia. Nie da się bowiem takiej pracy poprawnie zewidencjonować ani rozliczyć. Być może z tego powodu nastąpi odmowa. Będzie ona uzasadniona.

O odmowie oraz o jej przyczynie pracodawca musi poinformować pracownika w terminie siedmiu dni roboczych liczonych od dnia złożenia wniosku. W przepisach nie ma definicji dni roboczych. Należy jednak uznać, że są to dni przypadające od poniedziałku do soboty, czyli wszystkie dni z wyłączeniem niedziel i świąt uznanych ustawowo za dni wolne od pracy.

Jeśli pracodawca zgodzi się na pracę zdalną, zostanie zawarte z pracownikiem porozumienie w tej sprawie.

Pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikowi narzędzia i materiały niezbędne do wykonywania pracy zdalnej. Jeśli zatem do wykonywania pracy zdalnej polegającej na opisywaniu badań niezbędny jest sprzęt taki jak laptop, pracodawca, wyrażając zgodę na pracę zdalną, ma obowiązek zapewnić go pracownikowi.

Za dni pracy zdalnej, także tej zawnioskowanej przez pracownika wychowującego dziecko w wieku do lat czterech, pracodawca musi zwracać koszty poniesione przez pracownika, niezbędne do jej wykonywania. Zamiast zwracać koszty, może zdecydować o wypłacie ryczałtu.

Kwestie ochrony danych osobowych powinny być uregulowane w procedurach ochrony danych osobowych, obowiązujących u danego pracodawcy.

● Słyszałem, że ma obowiązywać zakaz zakazu konkurencji. Czy zatem obecnie wpisane w umowach zakazy konkurencji pozostają w mocy prawnej (część rezydentów takie ma)?

Tak. Umowy o zakazie konkurencji i klauzule zakazujące konkurencji wpisane w umowach o pracę nadal zachowują swoją moc i nadal obowiązują.

Nowe przepisy Kodeksu pracy, które weszły w życie 26 kwietnia br., nie przewidują zakazu zawierania umów o zakazie konkurencji. Wręcz przeciwnie. Wskazują, że pracodawca nie może zakazać pracownikowi jednoczesnego pozostawania w stosunku pracy z innym pracodawcą lub jednoczesnego pozostawania w stosunku prawnym będącym podstawą świadczenia pracy innym niż stosunek pracy. Ale wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, w której pomiędzy pracodawcą a pracownikiem zostanie zawarta lub już została umowa o zakazie konkurencji w czasie trwania stosunku pracy. Zawarte wcześniej umowy o zakazie konkurencji znoszą zatem zakaz zabraniać przez pracodawcę tego, by pracownik był jednocześnie zatrudniony lub wykonywał pracę na innej podstawie prawnej dla innego podmiotu.

NOWA PROCEDURA OCENY ETYCZNEJ BADAŃ

Aby uzyskać pozytywną decyzję prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych dotyczącą badania klinicznego, konieczne jest otrzymanie pozytywnej oceny etycznej, wydanej zgodnie z nową procedurą.

Ewa Rutkowska adwokat

9 marca 2023 r. Sejm uchwalił ustawę o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Weszła w życie w swojej zasadniczej części 14 kwietnia. Dlaczego przyjęcie tej ustawy w ogóle było potrzebne, jakie obszary ona reguluje i co istotnego z lekarskiego punktu widzenia wprowadza, pokrótce opiszę poniżej, a także w następnym numerze „Gazety Lekarskiej”.

PRAWA UCZESTNIKA

W 2014 r. na poziomie Unii Europejskiej przyjęto rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (w skrócie: CTR). Unia postanowiła uregulować kwestię badań klinicznych jednolicie dla wszystkich państw członkowskich, dążąc do głębszej harmonizacji tego obszaru. Dotychczasowy system stworzony przez dyrektywę 2001/21/WE i oparte na niej regulacje krajowe okazały się bowiem niewystarczające. Celem CTR było usunięcie barier blokujących dalszy rozwój badań klinicznych w Europie i uczynienie krajów europejskich konkurencyjnymi, umożliwiając wykorzystanie nowych rozwiązań i technologii.

Rozporządzenie unijne jest to taki akt prawa, który obowiązuje bezpośrednio w całej UE i nie wymaga implementacji do prawa krajowego (czego wymaga dyrektywa). W CTR uregulowano procedurę

uzyskiwania pozwolenia na badanie kliniczne, a także prawa uczestnika badania klinicznego oraz główne obowiązki sponsora i badacza. Przyjęte w 2014 r. rozporządzenie zaczęło stosować dopiero 31 stycznia 2022 r. (z okresami przejściowymi), gdyż przedłużyło się tworzenie i uruchamianie unijnego systemu informacji o badaniach klinicznych (Clinical Trials Information System, CTIS), warunkującego działanie nowego systemu.

Od 31 stycznia 2022 r. do 30 stycznia 2023 r. przewidziano równoległą możliwość rozpoczynania badań klinicznych w dwóch alternatywnych systemach: sponsor mógł składać wniosek albo na podstawie zasad dotychczasowych, określonych w dyrektywie 2001/21/WE

(czyli w Polsce na podstawie jej implementacji w ustawie z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne), albo już na nowych zasadach na podstawie CTR. W pierwszym przypadku badanie podlega w całości przepisom dotychczasowym, ale tylko do 30 stycznia 2025 r., do kiedy należy je dostosować do nowych wymogów. Od 31 stycznia 2023 r. można rozpoczynać badania kliniczne już wyłącznie w nowym porządku prawnym, czyli na bazie CTR uzupełnionego o lokalne przepisy przyjęte przez ustawodawców krajowych.

ZADANIA DLA USTAWODAWCY

Twórcy CTR celowo powierzyli kilka zagadnień do uregulowania ustawodawcom krajowym. W ich ramach CTR pozostawił w szczególności:

- określenie, jaki organ w danym państwie członkowskim będzie właściwy w sprawach pozwolenia na badanie kliniczne (tu nowa ustawa niczego nie zmienia i pozostaje nim prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych – URPL);
- uregulowanie, w jakim języku należy składać dla danego kraju dokumenty oraz ile wynoszą opłaty związane z wydaniem pozwolenia na badanie kliniczne;
- uregulowanie procesu oceny etycznej badania klinicznego w danym państwie członkowskim;

WAŻNE TERMINY

W przypadku badania klinicznego:

- wyłącznie w Polsce ocena etyczna musi być przekazana do prezesa URPL w terminie do 35 dni od daty walidacji wniosku,
- w wielu państwach UE, dla którego Polska pełni rolę państwa sprawozdawcy ocena jest przekazywana do 21 dni od daty walidacji wniosku,
- w wielu państwach UE, dla którego Polska nie pełni roli państwa sprawozdawcy – do 30 dni od daty walidacji wniosku.



- uregulowanie kwestii rekompensaty za szkody wyrządzone w badaniu klinicznym.

Te obszary musiały zatem zostać uregulowane lokalnie także w Polsce i nastąpiło to poprzez przyjęcie zupełnie nowej, omawianej tu ustawy z 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Wraz z jej wejściem w życie 14 kwietnia br. przestała obowiązywać część przepisów ustawy z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, która dotychczas regulowała badania kliniczne leków „ludzkich” w naszym kraju. Należy nadmienić, że przyjęcie ustawy o badaniach klinicznych nastąpiło z opóźnieniem, gdyż powinna ona obowiązywać już w momencie rozpoczęcia stosowania CTR, czyli 31 stycznia 2022 r. Jak w wielu innych przypadkach

nie zdążyliśmy na czas, co powodowało problemy w praktyce.

Obecnie mamy już do dyspozycji niezbędny duet: CTR i ustawa o badaniach klinicznych, do których należy sięgać łącznie jako źródła prawa regulującego badania kliniczne w Polsce.

NOWY SYSTEM OCENY ETYCZNEJ

Konieczność uregulowania na poziomie krajowym oceny etycznej badania klinicznego stała się przyczynkiem do zasadniczej reformy tego systemu w Polsce. W starym porządku prawnym do rozpoczęcia badania klinicznego konieczne było otrzymanie pozwolenia prezesa URPL, a także pozytywnej opinii komisji bioetycznej. W przypadku badań wieloośrodkowych komisja bioetyczna właściwa dla koordynatora badania obejmowała rolę komisji centralnej,

Nowością jest partycypacja przedstawicieli pacjentów w ocenie etycznej

która zwracała się do komisji lokalnych właściwych dla pozostałych badaczy o ewentualne zgłoszenie zastrzeżeń.

Wydawanie pozwoleń na badanie kliniczne w nowym stanie prawnym, czyli na podstawie CTR, musi następować w ściśle określonych przez CTR (i bardzo ambitnych) terminach, których musi przestrzegać każde państwo członkowskie w zależności od roli, jaką ma w badaniu (czy jest sprawozdawcą wiodącym w ocenie wniosku, czy też nie). Tym samym nie ma już prawnie miejsca na opóźnienia wynikające z bezwładu niektórych komisji bioetycznych w Polsce.

Dlatego konieczna stała się zasadnicza (żeby nie powiedzieć rewolucyjna) przebudowa systemu oceny etycznej badań klinicznych. Utworzono Naczelną Komisję Bioetyczną do spraw Badań Klinicznych (dalej NKB) działającą przy Agencji Badań Medycznych. Nowością wymaganą przez CTR jest partycypacja przedstawicieli pacjentów w ocenie etycznej. W skład NKB – obok mających odpowiednie doświadczenie przedstawicieli nauk medycznych, nauk farmaceutycznych lub nauki o zdrowiu, prawników, filozofów i teologów – wchodzi też przedstawiciele organizacji pacjentów.

Zadaniem przewodniczącego NKB jest prowadzenie listy komisji bioetycznych, których członkowie spełniają kryteria merytoryczne oraz które mają stosowany regulamin i stosowną infrastrukturę informatyczną. Ma to na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu komisji bioetycznych, działających w obszarze badań klinicznych.

Ocenę etyczną badania klinicznego przeprowadza albo pięcio- siedmioosobowy zespół opiniujący NKB, albo zespół opiniujący komisji bioetycznej, wyznaczonej przez przewodniczącego NKB, w zależności od doświadczenia danej komisji w dziedzinie medycyny i – co nie mniej ważne – możliwości terminowego sporządzenia oceny etycznej. ■■■

O kolejnych nowościach w prawie badań klinicznych, w tym o odpowiedzialności cywilnej sponsora i badacza, a także o Funduszu Kompensacyjnym Badań Klinicznych, w następnym numerze.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

JUŻ SAMO POSTĘPOWANIE MOŻE BYĆ KARĄ

Nie zawsze konieczne jest sięganie po sankcje w przypadku naruszenia norm wykonywania zawodu. Zwłaszcza gdy zaniedbanie nie spowodowało negatywnych skutków dla pacjenta.



Zbigniew Kuzyszyn

Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (OROZ) wpłynęła skarga pacjenta na błędy popełnione podczas diagnostyki. Chory poinformował zespół ratownictwa medycznego oraz personel izby przyjęć, że doznał urazu uda i barku w wyniku upadku z wysokości 130 cm z naczepy podczas rozładunku samochodu ciężarowego. Konsultujący ortopeda rozpoznał stłuczenie wspomnianych okolic. Poza miejscową bolesnością nie stwierdził innych nieprawidłowości w badaniu fizykalnym. Chorego wypisano do domu.

Następnego dnia pacjent zgłosił się do innego szpitala, podając dolegliwości wskazujące na uraz miednicy i ręki. Wykonane

wówczas badania obrazowe wykazały złamania miednicy i kości śródreczą.

Z JAKICH POWODÓW?

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego rzecznik zarzucił ortopedzie zaniechanie wykonania radiologicznych badań obrazowych, uzasadnionych charakterem urazu i zgłaszanymi dolegliwościami, co doprowadziło do niewłaściwego rozpoznania i opóźnienia właściwego leczenia.

Rzecznik uznał to za przewinienie zawodowe. Naruszone zostały:

- art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty („Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”);
- art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej („Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”).

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał obwinionego lekarza za winnego niedołożenia należytej staranności i wymierzył karę upomnienia. Dodatkowo obciążył

go kosztami postępowania w wysokości 1250 zł. W ocenie OSL wina i sprawstwo obwinionego lekarza nie budziły najmniejszych wątpliwości.

Obrońca lekarza złożył odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL) i wnioskował o zmianę orzeczenia poprzez uniewinnienie obwinionego od zarzucanego czynu, ewentualnie o uchylenie w całości orzeczenia sądu I instancji i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przez OSL. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej wnioskował o utrzymanie orzeczenia OSL.

PRZEWINIE NIE MNIEJSZEJ WAGI

Sąd odwoławczy wziął pod uwagę, że do wypadku doszło w związku z wykonywaniem pracy, co dodatkowo sugerowało (niezależnie od mechanizmu urazu) wykonanie dokumentacji radiologicznej. Podkreślił, że zachowanie lekarza należy ocenić, uwzględniając to, jakimi informacjami dysponował podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie danymi, które zostały ujawnione później.

Według NSL zaniedbanie, którego dopuścił się lekarz, nie spowodowało daleko idących negatywnych skutków dla pacjenta. Biorąc pod uwagę niewielki stopień szkodliwości społecznej czynu dla środowiska lekarskiego oraz niewielki stopień zawinienia, uchylono orzeczenie sądu I instancji i umorzono postępowanie ze względu na przewinienie mniejszej wagi, a kosztami postępowania obciążono Skarb Państwa.

Sąd II instancji stanął na stanowisku, że nie należy bezwzględnie sięgać po karę w każdym przypadku naruszenia norm wykonywania zawodu lekarza.

Zachowanie lekarza należy ocenić, uwzględniając to, jakimi informacjami dysponował podczas udzielania świadczeń zdrowotnych

Wzięto pod uwagę, iż samo postępowanie przed organami odpowiedzialności zawodowej bywa wystarczającą karą i prowadzi do pożądanej zmiany zachowania lekarza.

Co ważne, umorzenie postępowania nie oznacza uniewinnienia od postawionego zarzutu.

ORZECZENIA SĄDÓW LEKARSKICH

O SZELOWANIU MOŻNA ZAPOMNIEĆ. NA JAKIŚ CZAS

Zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, choć najrzadziej orzekany, potrafi być dotkliwy w skutkach.



Grzegorz Wrona

sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej

W 2010 r. w ustawie o izbach lekarskich pojawiła się nowa kara: zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia. Zamyślenie autorów była reakcja na dostrzegane wówczas, powszechne w społecznej opinii, nadużywanie przez dyrektorów lekarzy, ordynatorów, kierowników oddziałów i lekarzy kierujących oddziałem podległości służbowej w stosunku do lekarzy i innych członków zespołu. Skuteczniejszą prewencją okazało się jednak nagłośnienie rozszerzenia palety kar orzekanych przez lekarskie sądy, a także coraz szersza krytyka w środowisku lekarskim. Co zadziało lepiej, trudno ocenić. Jedno jest pewne: kara ta skutkować powinna odsunięciem od kierowania zespołem. Przyjrzyjmy się więc, na czym polega.

Z REJESTRU I Z ADNOTACJI

Ustawa wskazuje jedynie, że orzeczona kara zakazu pełnienia funkcji kierowniczych ulega zatarciu po trzech latach od dnia wykonania. Niewątpliwie chodzi o usunięcie wzmianki z rejestru ukaranych lekarzy, do którego karę wpisuje się po przesłaniu prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL). To do tego rejestru powinni występować z pytaniami pracodawcy zamierzający współpracować lub zatrudnić lekarza na stanowisku kierowniczym. W ostatnich dwóch latach z takim pytaniem się nie spotkaliśmy.

Warto wiedzieć

Z uchwały NRL wynika obowiązek przekazania informacji o ukaraniu lekarza karą zakazu pełnienia funkcji kierowniczych za pośrednictwem systemu IMI właściwym organom pozostałych państw członkowskich UE. Przepis ten koliduje z jednym z orzeczeń sądu administracyjnego. O tym, czy przepis powinien pozostać aktualny, będzie niebawem dyskutować Komisja Organizacyjna NRL.

Warto wspomnieć o ustawowym obowiązku umieszczenia w okręgowym rejestrze lekarzy informacji o ograniczeniu i o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu będących skutkiem m.in. prawomocnych orzeczeń lekarskich sądów. Wydawałoby się, że kara zakazu pełnienia funkcji kierowniczych dotycząca lekarza jest karą ograniczającą wykonywanie zawodu i należy ją także umieścić w okręgowym rejestrze lekarzy. Stanowi tak rozporządzenie ministra zdrowia, które oprócz dołączenia odpisu prawomocnego orzeczenia do akt osobowych nakazuje umieścić zapis o karze w rejestrze.

Do sposobu wykonania kary zakazu odnosi się także uchwała NRL zobowiązująca prezesa okręgowej rady lekarskiej do poinformowania ZUS, NFZ, wojewody oraz podmiotu, w którym lekarz wykonuje zawód. Prezes zobowiązuje także lekarza do przedłożenia dokumentu - prawo wykonywania zawodu, by dokonać w nim adnotacji o orzeczonej karze zakazu pełnienia funkcji kierowniczych. Adnotacja ta jest kolejnym źródłem informacji dla pracodawcy o możliwości zatrudnienia lekarza na stanowisku kierowniczym.

NIECO PRAKTYKI

Karę zakazu pełnienia funkcji w ostatnim czasie sądy lekarskie orzekały dwukrotnie. W pierwszym z orzeczeń rozpoznawano wniosek o ukaranie kierownika oddziału z powodu zachowań o charakterze seksualnym w stosunku do lekarzy rezydentów. Sąd, uznając winę, wymierzył lekarzowi karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres pięciu lat. Dodatkowo wymierzył karę ograniczenia w wykonywaniu czynności lekarza na okres dwóch lat w zakresie wszelkich funkcji szkoleniowych.

W drugim przypadku, z powodu przewinienia zawodowego polegającego na przyjmowaniu od chorych korzyści majątkowych i obietnicy ich przyjęcia do podległego oddziału szpitalnego, orzeczono karę zakazu pełnienia funkcji kierowniczych na okres trzech lat. W obu przypadkach kary orzeczone przez sądy I instancji zostały utrzymane przez Naczelny Sąd Lekarski (NSL).

W drugiej sprawie orzeczenie NSL zostało poddane kontroli kasacyjnej. Sąd Najwyższy kasację oddalił, a wcześniej odmówił uwzględnienia wniosku obrońcy o wstrzymanie wykonania orzeczenia NSL.

Zakaz pełnienia funkcji kierowniczych jest najrzadziej orzekaną karą. Czy wynika to z błędnego w przeszłości przekonania o nadużywaniu uprawnień kierowniczych? Trudno powiedzieć.

PROCEDURY

JĘŚLI LEKARZ NIE PŁACI, FISKUS IDZIE DO RODZINY

Za zaległości podatkowe podatnika prowadzącego jednoosobową działalność gospodarczą mogą odpowiadać jego bliscy – żona, córka czy syn.

Anna Wojda dziennikarka

Prowadzenie własnego biznesu wiąże się z ryzykiem. Gdy właścicielowi firmy nie powiedzie się w biznesie, może się okazać, że o jego rodzinie przypomni sobie urząd skarbowy. Również wtedy, gdy niepowodzeniem skończy się prowadzenie własnego gabinetu czy przychodni lekarskiej.

W myśl art. 111 ordynacji podatkowej członek rodziny podatnika odpowiada całym swoim majątkiem solidarnie z podatnikiem prowadzącym działalność gospodarczą za zaległości podatkowe wynikające z tej działalności. Chodzi o zaległości powstałe w okresie, w którym stale współdziałał z podatnikiem w jej wykonywaniu, osiągając korzyści z prowadzonej przez niego działalności.

SYN, CÓRKA, MAŻ I ŻONA, ALE NIE TYLKO...

U kogo fiskus może się upomnieć o zapłatę? W grę wchodzi zstępni (dzieci, wnuki), wstępni (rodzice, dziadkowie), rodzeństwo, małżonkowie zstępnych (zięć, synowa), a także osoby pozostające w stosunku przysposobienia oraz pozostające z podatnikiem w faktycznym pożyciu (konkubent, konkubina).

Odpowiedzialności nie unikną także małżonkowie, którzy zawarli umowę

o ograniczeniu lub wyłączeniu wspólności majątkowej, których wspólność majątkowa została zniesiona przez sąd, a także małżonkowie pozostający w separacji. Małżonkowie odpowiadają za zobowiązania podatkowe współmałżonka nie tylko na podstawie art. 111 ordynacji podatkowej, ale również art. 29. Ten ostatni mówi, że w przypadku osób pozostających w związku małżeńskim odpowiedzialność podatkowa obejmuje także wspólny majątek podatnika i jego małżonka, bez względu na to, czy ten ostatni współdziałał w prowadzeniu działalności gospodarczej.

Jako osoba trzecia będzie odpowiadał także rozwiedziony małżonek, małżonek pozostający w separacji lub taki, wobec którego unieważniono małżeństwo. Odpowiedzialność będzie dotyczyła zaległości powstałych w okresie, gdy pozostawał z podatnikiem w ustroju wspólności majątkowej.

Bardzo ważne jest to, że członek rodziny odpowiada za długi podatkowe całym swoim majątkiem solidarnie z przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą.

STAŁE WSPÓLDZIAŁANIE, CZYLI?

Podstawą odpowiedzialności członków rodziny za zaległości podatkowe podatnika są istniejące pomiędzy tymi podmiotami

konkretnie i trwale powiązania o charakterze majątkowym. Przeniesienie na członka rodziny podatnika odpowiedzialności na podstawie art. 111 ordynacji podatkowej wymaga łącznego spełnienia wskazanych w nim przesłanek. Jedną z nich jest stale współdziałanie członka rodziny przy wykonywaniu przez podatnika działalności gospodarczej.

Przepisy nie definiują pojęcia stałego współdziałania. Jest nim stan, który nie jest ujęty w ramy prawne, czyli nie zawarto na przykład umowy o pracę, zlecenia czy o dzieło, z tytułu których jest wypłacane wynagrodzenie, ale jednocześnie dana osoba pomaga w prowadzeniu firmy. Pewne jest jedno: jako stale współdziałanie nie może być traktowane współdziałanie o charakterze jedynie okazjonalnym czy dorywczym. Musi się ono cechować względną stabilnością i permanentnością.

MUSI BYĆ JESZCZE KORZYŚĆ

Samo stale współdziałanie nie wystarczy, by na członka rodziny przenieść odpowiedzialność za długi podatkowe. Ordynacja podatkowa wymaga, by odnosił z takiego współdziałania korzyści. I znów przepisy nie określają, o jakie korzyści chodzi. Przyjmuje się, że będą to wszelkie przysporzenia majątkowe. Górna granica odpowiedzialności nie może zatem przekroczyć uzyskanych korzyści. Organy podatkowe mogą mieć jednak problem z ustaleniem ich wysokości. Będą bowiem musiały przeliczyć korzyści niemające pieniężnego wymiaru (np. utrzymanie, zapewnienie mieszkania).

WAŻNE!

Za korzyści nie powinno być uznawane wynagrodzenie za pracę, które wynika z umowy wiążącej podatnika i członka rodziny. Trudno w takiej sytuacji mówić o korzyściach ze współpracy z podatnikiem w prowadzeniu działalności gospodarczej. Jest to wynagrodzenie za wykonywaną pracę.

NIE KAŻDY MUSI SIĘ OBAWIAĆ

Nie każdy członek rodziny może obawiać się odpowiedzialności za zobowiązania podatkowe lekarza prowadzącego przychodnię i to nawet wtedy, gdy stale z nim współpracował i osiągał z tego korzyści. O takim szczęściu mogą mówić ci członkowie rodziny, którzy w okresie tego współdziałania byli osobami, wobec których na podatniku spoczywał obowiązek alimentacyjny. ■■■

ROCZNE ROZLICZENIE

NIE ZŁOŻYŁEŚ PIT? LICZ SIĘ Z KONSEKWENCJAMI

Wysłanie do urzędu skarbowego zeznania podatkowego po terminie może przysporzyć problemów. Podatnik, poza koniecznością zapłaty odsetek, naraża się na nieprzyjemności karnoskarbowe.

Anna Wojda dziennikarka

Podatnicy są zobowiązani składać urzędowi skarbowemu zeznanie według ustalonego wzoru o wysokości osiągniętego dochodu (poniesionej straty) w roku podatkowym.

Należy to zrobić w terminie od 15 lutego do 30 kwietnia roku następującego po roku podatkowym. W 2023 roku termin minął 2 maja. To dlatego, że jeśli ostatni dzień terminu przypada na sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się następny dzień po dniu lub dniach wolnych od pracy.

Jeśli podatnik uchyla się od opodatkowania poprzez brak ujawnienia właściwemu organowi przedmiotu lub podstawy opodatkowania lub nie składa deklaracji i przez to naraża podatek na uszczuplenie, naraża się na odpowiedzialność. Zachowanie to karane jest grzywną do 720 stawek dziennych albo karą pozbawienia wolności lub obiema karami łącznie. Jedynie gdy kwota podatku narażonego na uszczuplenie jest małej wartości albo nie przekracza ustawowego progu, w grę wchodzi mniej dotkliwe sankcje.

Wspomnianych sankcji można jednak uniknąć i to nawet wtedy, gdy roczne zeznanie PIT złożymy po terminie. By tak się stało, trzeba skorzystać z czynnego żalu. Podatnik nie podlega bowiem karze

za przestępstwo skarbowe lub wykroczenie skarbowe, gdy zawiadomi o tym organ powołany do ścigania, ujawniając istotne okoliczności czynu.

JAK NAPISAĆ CZYNNY ŻAL

Ponieważ nie ma urzędowego wzoru czynnego żalu, można wnieść go w dowolnej formie, a więc ustnie do protokołu, a także w formie elektronicznej, wysyłając pismo ogólne na skrzynkę e-PUAP lub przez platformę e-Urząd Skarbowy. By jednak uniknąć dodatkowych problemów, najlepiej jeśli czynny żal złożymy i podpiszemy osobiście. Lepiej uniknąć załatwienia sprawy przez pełnomocnika i to z banalnego powodu: tak złożony czynny żal mógłby zostać uznany za zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia karnoskarbowego, a nie dobrowolne przyznanie się do winy sprawcy czynu.

Jeśli chodzi o samą treść pisma, powinny się w nim znaleźć: dane osoby składającej zawiadomienie, dane adresata (właściwy naczelnik urzędu skarbowego), opis czynu i jego okoliczności, informacja o naprawieniu czynu przez sprawcę (albo alternatywnie wskazanie, w jakim terminie i w jaki sposób sprawca zobowiązuje się do naprawienia czynu) i ewentualnie wskazanie osób, które miały związek z popełnionym czynem zabronionym.

Bardzo ważne jest to, że czynny żal można zastosować wyłącznie wtedy, gdy w terminie wyznaczonym przez uprawniony organ postępowania przygotowawczego uiszczono w całości wymagalną należność publicznoprawną, uszczuploną popełnionym czynem zabronionym. Jako załącznik do czynnego żalu najlepiej od razu uwzględnić zarówno potwierdzenie płatności podatku wraz z odsetkami od zaległości podatkowych, jak i deklarację podatkową, która nie została złożona w terminie.

NIE ZAWSZE SIĘ UDA

Czynny żal nie zawsze będzie skuteczny. Jeśli organ ścigania rozpoczął czynności służbowe – jego złożenie będzie bezskuteczne. Podobnie gdy czynny żal zostanie złożony w czasie, gdy organ ścigania miał już wyraźnie udokumentowaną wiadomość o popełnieniu przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego.

Gdy czynny żal będzie skuteczny, naczelnik urzędu skarbowego nie poinformuje o tym w osobnym piśmie. Odstąpi natomiast od nałożenia kary za niedopełnienie obowiązków podatkowych. W przeciwnym wypadku, czyli gdy czynny żal będzie uznany za nieskuteczny, prowadzone będzie postępowanie w sprawie o wykroczenie skarbowe lub przestępstwo skarbowe na zasadach określonych w Kodeksie karnym skarbowym. ■■■

Przykrości może być więcej

Złożenie zeznania podatkowego po terminie może się wiązać z innymi negatywnymi konsekwencjami, a nie tylko z samym postępowaniem karnoskarbowym. Od zaległości podatkowych od dnia następującego po dniu upływu terminu płatności podatku do dnia zapłaty podatku naliczane są odsetki za zwłokę. Nie nalicza się ich jedynie, gdy ich wysokość nie przekraczałaby trzykrotności wartości opłaty pobieranej przez operatora wyznaczonego w rozumieniu prawa pocztowego za traktowanie przesyłki listowej jako przesyłki poleconej (obecnie to 8,70 zł).

Konsekwencją złożenia zeznania podatkowego po terminie jest także brak możliwości przekazania 1,5 proc. podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego.

STOMATOLOGIA

**Paweł Barucha**

wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Dentystów

CO NOWEGO W STOMATOLOGII

Wielomiesięczna aktywność samorządu lekarskiego sprawiła, że parlamentarzyści odrzucili szkodliwą ustawę o jakości. Wiele jej przepisów dotyczyło bezpośrednio lekarzy dentystów, począwszy od uzyskania akredytacji, a skończywszy na karach wynikających z niedopełnienia obowiązku zgłaszania zdarzeń niepożądanych. To kolejny element, który powodowałby, że praca lekarza dentysty przestaje być pracą z pacjentem, a staje się pracą z urzędem.

Co prawda, minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiedział, że chce powrotu prac nad tym aktem prawnym i że powinien on pojawić się na najbliższym posiedzeniu Sejmu pod koniec maja. Wierzmy jednak, że Pan Minister zdecyduje się na współpracę z Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, by wypracować nowe, jak najlepsze regulacje dotyczące jakości.

Dbając o interes lekarzy dentystów, uzyskaliśmy potwierdzenie z Ministerstwa Infrastruktury oraz z Ministerstwa Ochrony Środowiska, że jeżeli w ciągu miesiąca lekarz dentysta uzyskał mniej niż 330 kg odpadów niebezpiecznych, nie musi zatrudniać doradcy ADR („L' Accord européen relatif au transport international des marchandises Dangereuses par Route”, czyli z francuskiego „umowa europejska dotycząca międzynarodowego przewozu towarów niebezpiecznych”).

Cieszymy się również z podpisania Zarządzenia Prezesa NFZ nr 60/2023/DSOZ, które wprowadza pakiety stomatologiczne i delikatnie podnosi wyceny świadczeń w stomatologii zachowawczej. Traktujemy to jako pierwszy etap podwyższania nakładów na stomatologię.

Zakończyły się również prace Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nad wyceną świadczeń protetycznych. Mamy potwierdzenie wejścia nowych wycen w protetyce od 1 lipca. ■■■

ROZMOWA

PAKIETY DO POPRAWKI

Pakiety usług stomatologicznych są znacznie lepiej wycenione, ale trzeba jak najszybciej skorygować niedociągnięcia – mówi dr **Agnieszka Surdyka**, członkini Komisji Stomatologicznej NRL, w rozmowie z Lucyną Krysiak.

Kwietniowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL (KS NRL) zdominował temat pakietów wprowadzonych zarządzeniem prezesa NFZ z 5 kwietnia br. z datą wejścia w życie 6 kwietnia i okresem rozliczenia od 1 kwietnia. Co oznacza taki zapis?

Analizując te daty, wyraźnie widać, że zarządzenie NFZ działa wstecz, czym jesteśmy zaniepokojeni i zaskoczeni, ponieważ nie wiemy, jak na tej podstawie mamy się rozliczać z płatnikiem z wykonania usług stomatologicznych określonych w pakietach. Tym bardziej, że systemy informatyczne nie były na to przygotowane. Czekamy więc na aneksy. Po ich podpisaniu będziemy mieć udostępnione UMX, dzięki którym będziemy mogli rozpocząć sprawozdawczość. Mamy więc poważny problem, gdyż na dziś nie możemy naszych świadczeń wprowadzać do systemu. Lekarze dentyści pracują na dokumentacji elektronicznej i w związku z tymi problemami dokumentacja nie jest prowadzona na bieżąco. Na stronie Kamssoft, firmy przygotowującej oprogramowanie medyczne również dla stomatologii, pojawił się komunikat, by nie wprowadzać danych pacjentów do systemu, ponieważ wciąż nie ma jasnych wytycznych, jak te programy mają funkcjonować. Jednak znaczna część stomatologów o tym nie wiedziała, będą więc musieli wprowadzone dane wycofać i później wprowadzić je ponownie.

Czym to skutkuje?

Chaosem. Środowisko stomatologiczne od miesięcy zabiegało o wprowadzenie pakietów, które z założenia mają odbudować publiczny sektor opieki dentystycznej, upadły z powodu absurdalnie niskich wycen świadczeń oferowanych przez NFZ. Sprawa była na tyle poważna,

że lekarze dentyści prowadzący prywatne praktyki masowo rezygnowali z podpisywania kontraktów z NFZ na usługi stomatologiczne. Warto zaznaczyć, że pakiety są znacznie lepiej wycenione, a powstałe niedociągnięcia należy jak najszybciej skorygować. Zbliża się koniec miesiąca i powinniśmy już raportować do NFZ nasze działania i oczekiwać od płatnika refundacji poniesionych kosztów. A tak nie jest.

Jak to naprawić?

Podczas wspomnianego już posiedzenia Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej jej członkowie wyodrębnili w punktach zagadnienia, które wymagają dopracowania i wyjaśnienia przez NFZ. Na szczęście jest dobra wola współpracy ze strony centrali NFZ, tyle że to wszystko wymaga czasu i należy się liczyć z opóźnieniami w doprecyzowaniu świadczeń zapisanych w pakietach. Obserwujemy, że wzrosła liczba pacjentów, których nie stać na leczenie prywatnie i którzy powracają do sektora publicznego, a pakiety są pierwszym etapem zmian wycen świadczeń stomatologicznych, które mogą zwiększyć zainteresowanie lekarzy dentyków zawieraniem kontraktów z NFZ. Pierwszy projekt zarządzenia dotyczącego pakietów NFZ przedstawił KS NRL do zaopiniowania w październiku minionego roku. Nanieśliśmy poprawki, licząc, że na tym zakończy się praca nad tym projektem. Powstał jednak drugi projekt i jego autorzy zawarli szczegóły, których nie było w pierwszym wariancie. Nanieśliśmy więc kolejne poprawki, z którymi ruszyliśmy do centrali NFZ, a ponieważ zostały one uwzględnione, wszystko wskazywało na to, że droga do wdrożenia projektu jest prosta. Myślę, że terminy wprowadzenia zarządzenia i obowiązku rozliczenia się z płatnikiem rozjechały się z powodów biurokratycznych.

Członkowie Komisji Stomatologicznej NRL zwrócili uwagę, że niektóre pakiety są mało czytelne i niespójne z obowiązującym kosztem świadczeń. O które zapisy chodzi?

Wskazaliśmy kilka takich rażących przykładów nieprecyzyjnych zapisów, np.



Dr Agnieszka Surdyka

Problemów do rozwiązania jest co najmniej kilka

dotyczących pakietu ST01 – czy jeżeli lekarz usuwa dwa zęby jednokorzeniowe obok siebie, np. 11.12, wpisuje dwa pakiety (w pakiecie jest opisane usunięcie zębów), a także pakietu ST 03 dopusz-

czającego usunięcie chirurgiczne bez konieczności szycia czy w przypadku pakietu ST 30. A wpisującego się w pakiet ST 30 A x 2 przy usuwaniu złogów ze wszystkich zębów w obrębie całego uzębienia (w opisie procedury w koszyku świadczeń procedura

sama w sobie dotyczy całego uzębienia). Ta precyzja w zapisach jest bardzo ważna, ponieważ stanowią one podstawę do rozliczeń finansowych z NFZ za usługi wykonane w ramach pakietu. Obowiązuje tu zasada, że pierwszy pakiet jest opłacany przez NFZ w 100 proc., a kolejne tylko w 80 proc., ale to musi być doprecyzowane. Odnoszę wrażenie, że nie wszystkie sytuacje kliniczne można było w tych pakietach zawrzeć.

Czy to jest koniec prac nad pakietami?

Nie sądzę. Problemów do rozwiązania jest co najmniej kilka, np. obecnie nie mamy żadnych narzędzi, aby sprawdzić, czy dane świadczenie u danego pacjenta było już wykonane i w jaki sposób.

Przykładem jest badanie jamy ustnej (wyceniane dotychczas na 11 punktów, obecnie na 56), które może być wykonane nie tylko przez lekarza dentystę, ale także chirurga czy ortodentę. Jeśli każdy z tych lekarzy wpisze do karty badanie jamy ustnej z instruktażem, to refundację za to świadczenie otrzyma tylko lekarz, który wykonał je pierwszy. Powinniśmy więc dysponować informacją na ten temat, by uniknąć narażenia się na powielanie usługi i brak refundacji z tego tytułu.

Czy wprowadzenie pakietów zachęci stomatologów do podpisywania kontraktów z NFZ na usługi świadczone w ramach sektora publicznego?

Na razie nikt się nie rzuca na te kontrakty, środowisko im się przygląda. Pakietami nie są objęte wszystkie procedury, a na razie tylko chirurgia stomatologiczna i periodontologia. Procedury dotyczące stomatologii zachowawczej i protetyki czekają na nowe wyceny. W przypadku stomatologii zachowawczej nowa wycena wypełnień w zębach uwzględnia wykorzystanie glassjonomerów i usunięcie wypełnienia amalgamatowego. Nie jest to jednak nowa wycena wypełnienia, tylko refundacja różnicy pomiędzy ceną wypełnienia amalgamatowego i glassjonomerowego. To są zmiany kosmetyczne. Gdyby NFZ zawarł w pakiecie materiały światłoutwardzane, moglibyśmy mówić o postępie. Mają one dużo lepsze parametry, jeśli chodzi o ścieralność, trwałość.

Które z tych pakietów są obecnie najbardziej obiecujące?

Pakiety dotyczące badania jamy ustnej oraz usuwania złogów nazębnych. Jeśli chodzi o chirurgię stomatologiczną, temat jest złożony, ponieważ koszt wykonanych procedur nie zawsze jest adekwatny do wyceny zawartej w pakiecie. Badanie jamy ustnej z instruktażem higieny wycenione w pakiecie na 56 punktów zapewnia już wysoki poziom przeprowadzenia tej procedury. Jednak będziemy zabiegać o to, aby inne procedury także były opłacane na odpowiednim poziomie. Nie może być tak, że założenie opatrunku w zębie to zaledwie 11 punktów, bo to się zwyczajnie nie kalkuluje. Przy tworzeniu nowej wyceny będziemy więc się odnosić do kosztu badania jamy ustnej jako bazy wyjściowej.

ROZMOWA



Mapa dla „BOSKIEJ MATKI”

Dla ciężarnej, u której zdiagnozowano chorobę onkologiczną, ustalamy „mapę drogową” na pozostałą część ciąży. Ważne, by pacjentka wiedziała, z czym się mierzy – mówi dr hab. n. med. prof. ICZMP **Mariusz Grzesiak** w rozmowie z Adamem Czerwińskim.

📌 Jest wiele sytuacji, w których sięgamy po terapie, o których jeszcze niedawno myśleliśmy, że są niemożliwe do zastosowania w ciąży. Niemożliwe staje się możliwe.

Właśnie tak myślę, gdy patrzę na pacjentki z rakiem piersi, które przeszły chemioterapię w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Nie sposób się nie wzruszyć widokiem kobiety po chemioterapii, często z chustą na głowie, która przytula swoje nowo narodzone dziecko. Za każdym razem jesteśmy szczęśliwi, że się udało.

📌 Ile jest takich pacjentek?

W Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP) w Łodzi od 10 do 12 rocznie. Szacujemy, że w Polsce nawet 150 ciężarnych trafia do lekarzy z takim rozpoznaniem. Dysponujemy coraz lepszymi narzędziami diagnostycznymi, więc wykrywalność jest łatwiejsza. Swoje dołożył czas pandemii, kiedy większość sił została przekierowana na walkę z koronawirusem. Ludzie w mniejszym stopniu korzystali z badań profilaktycznych i rzadziej chodzili do lekarza. W efekcie obserwuje się więcej zachorowań na nowotwory, a stopień ich zaawansowania jest wyższy niż w poprzednich latach.

📌 A dlaczego aż co dziesiąta Polka z nowotworem w ciąży trafia akurat do ICZMP?

Wytłumaczenie wydaje się proste. To ośrodek o najwyższym poziomie referencyjności o zasięgu ponadregionalnym. Oprócz klinik położniczych i neonatologicznych działają u nas kliniki o profilu onkologicznym: mamy specjalistów ginekologii onkologicznej, chorób sutka i klinikę onkologii. To powoduje, że pacjentki szukające kompleksowej opieki znajdują ją u nas.

📌 Jak „boskie matki” trafiają do ICZMP?

Często jest tak, że ciężarna z nie do końca zdiagnozowanym problemem pojawia się u nas i w toku diagnostyki okazuje się, że to choroba nowotworowa.

📌 To reguła?

Jeden z wariantów. Zdarzają się również sytuacje, że pacjentki z mniejszych ośrodków trafiają do nas już z rozpoznaniem histopatologicznym, wymagającym określonych konsultacji i postępowania.

📌 Do kliniki perinatologii trafia „boska matka”. Co dalej?

W każdym przypadku dalsze działania ustalamy na poziomie konsylium.

Zazwyczaj biorą w nim udział: położnik, perinatolog, neonatolog, chirurg onkolog, ginekolog onkolog i onkolog, czasem jeszcze radioterapeuta. Podczas konsylium wspólnie ustalamy „mapę drogową” na pozostałą część ciąży. Ważną rzeczą jest, by pacjentka wiedziała, z czym się mierzy, jakie są zagrożenia dla niej, jakie są możliwe konsekwencje jej choroby onkologicznej dla przebiegu ciąży – bo w niektórych przypadkach zaawansowanego raka szyjki macicy decydujemy się na wcześniejsze zakończenie ciąży w terminie bezpiecznym dla matki i jej dziecka. Z punktu widzenia ciężarnej, wiedza o tym, czego można się spodziewać, jakie są zagrożenia, co będziemy robić i w jakich odstępach czasowych, jest fundamentalna.

Oczywiście na początku kobieta jest tymi wszystkimi wiadomościami przytłoczona, wręcz przygnieciona. Dlatego kolejnym krokiem naszego postępowania jest zaproszenie do współpracy psychologów klinicznych, którzy z pacjentką wielokrotnie rozmawiają i pomagają jej opanować szalejącą burzę emocji i ogromny stres. Jeśli kobieta przejdzie tę drogę, wie, że nie zostaje z problemem sama. Zyskuje pewność, że kolejne kroki są zaplanowane, i zna chronologię nadchodzących wydarzeń.

Patrzmy na pacjentki całościowo. Zlecajmy badanie USG i cytologię, namawiajmy do samobadania i badań obrazowych piersi

Staramy się pokazać kompleksową wizję. Na przykład gdy mówimy, że należy wcześniej zaplanować poród, to jednocześnie omawiamy przyczyny takiego postępowania, tłumaczymy, jakie są potencjalne zagrożenia dla dziecka, w jaki sposób możemy je zminimalizować lub ich uniknąć. Mam nadzieję, że ta wiedza pozwala przetrwać tak niezwykle ciężą i uwierzyć, że zostanie ona zakończona szczęśliwie.

1 I udaje się?

Staramy się. Wszystko zależy od stopnia zaawansowania nowotworu. Zresztą pojęcie, że coś się udaje, jest bardzo względne. Optymalną sytuacją dla wszystkich jest rozpoznanie nowotworu we wczesnym

stopniu zaawansowania. Możemy wówczas podjąć działania, które w sposób radykalny i ostateczny spowodują, że po okresie pięcioletniej obserwacji traktujemy pacjentkę jako osobę wyleczoną.

2 Czyli „udaje się” oznacza przedłużenie życia mamom. Co z dziećmi?

Je też udaje się uratować. Zastosowanie wybranych schematów chemioterapii jest możliwe już od drugiego trymestru ciąży, co zapewnia matce odpowiednie leczenie jeszcze przed rozwiązaniem. Dzięki ustalonym schematom postępowania możemy prowadzić intensywny nadzór nad dobrostanem płodu i zapewnić jednocześnie optymalną opiekę neonatologiczną dla noworodka po porodzie.

3 Rak w ciąży to najczęściej...

Rak szyjki macicy i nowotwory piersi.

4 W którym przypadku są lepsze rokowania?

Rokowanie zależy od rozpoznania histopatologicznego i od stopnia zaawansowania nowotworu. To dla pacjentki i dla nas dwie kluczowe informacje. Sam przebieg leczenia jest dostosowany do sytuacji klinicznej. Oprócz protokołów stosowanych w onkologii bierzemy pod uwagę zaawansowanie ciąży, potencjalne zagrożenia, szanse na pozytywne zakończenie. Wydaje się, że właśnie takie postępowanie może przynieść największe sukcesy.

5 A leczenie operacyjne?

W większości przypadków jest nieodłącznym elementem terapii onkologicznej, możliwym do przeprowadzenia również u ciężarnych. Wymaga to jednak odpowiedniego postępowania – zminimalizowania ryzyka wystąpienia poronienia czy porodu przedwczesnego, ustalenia potencjalnego ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych czy zakażeń. Jeśli mamy takie wskazania i widzimy ich konieczność i słuszność, to je wykonujemy. W przypadku raka szyjki macicy zabieg jest niemożliwy. Zastanawiamy się więc nad skróceniem czasu ciąży czy włączeniem innych metod leczenia.

Bez względu na wyniki leczenie raka w ciąży to ogromne wyzwanie. Zarówno dla lekarzy, jaki i dla pacjentek, i ich bliskich. Dlatego apeluję: patrzcie na pacjentki całościowo i pamiętajcie o obowiązujących zaleceniach. One są bardzo dobre. Róbcie badania ultrasonograficzne i cytologiczne, namawiajcie do samobadania i badań obrazowych piersi adekwatnie do wieku.



Na zdjęciu: Ewa Plucienniczak, prof. Mariusz Grzesiak, Joanna Makiewicz

DR HAB. N. MED. MARIUSZ GRZESIAK

profesor Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla województwa łódzkiego. Kierownik Kliniki Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii ICZMP, która dysponuje 91 łóżkami i prowadzi szkolenie specjalizacyjne zarówno w zakresie ginekologii i położnictwa, jak i perinatologii. Klinika prowadzi działalność naukowo-badawczą obejmującą współpracę międzynarodową z wiodącymi ośrodkami położniczymi na świecie i specjalizuje się w rozszerzonej diagnostyce prenatalnej ze szczególnym uwzględnieniem wad wrodzonych, w tym ośrodkowego układu nerwowego, diagnostyce i leczeniu infekcji cytomegalowirusem, opiece nad ciężarnymi ze współistniejącymi chorobami m.in. ze schorzeniami nowotworowymi, neurologicznymi, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, ciężarnymi z zahamowaniem wzrastania płodu oraz z nieprawidłową lokalizacją i implantacją łożyska.

PERINATALNA OPIEKA PALIATYWNA



Na świecie tylko na chwilę

Opieka paliatywna sprawia, że dziecku jest ciepło, że go nie boli, że się nie dusi. Hospicja perinatalne pozwalają rodzinom godnie pożegnać córkę lub syna, którzy nie mają szansy na przeżycie.

Lidia Sulikowska dziennikarka

Diaгноza ciąży z potencjalnie letalną wadą płodu zwala z nóg. Informacja o aberracji chromosomowej czy skomplikowanej wadzie serca boleśnie wwiercają się w głowę. To wyrok, historia ze z góry wiadomym – fatalnym – zakończeniem. Pograżeni w rozpacz, sparaliżowani strachem i poczuciem bezradności rodzice nie powinni być pozostawieni sami sobie. Odpowiednie wsparcie daje większą szansę na akceptację tego, co ich spotkało, a finalnie na ukojenie po stracie dziecka.

Profesjonalną opiekę dla kobiet i ich rodzin mierzących się z tym trudnym doświadczeniem oferują hospicja perinatalne. W kraju działa ich kilkanaście, są prowadzone przez fundacje lub stowarzyszenia. – To nie jest tradycyjne hospicjum – mówi Aleksandra Marciniak, rzeczniczka prasowa łódzkiej Fundacji Gajusz, która prowadzi m.in. perinatalną opiekę paliatywną. – Tutaj udzielane są porady w trybie ambulatoryjnym. Od kilku lat świadczenie jest finansowane w ramach NFZ. Obejmuje

konsultacje lekarskie oraz porady psychologa. Opieka jest zapewniana do 28. dnia po porodzie. W przeważającej większości stwierdzonych w okresie perinatalnym wad letalnych dziecko, o ile dożyje porodu, pojawia się na świecie tylko na chwilę. Na kilka minut, godzin, czasem tylko dni czy tygodni. Jeśli trzeba, rodzice są przygotowywani do opieki nad ciężko chorym dzieckiem w ramach świadczeń w domowym albo stacjonarnym hospicjum – tłumaczy Aleksandra Marciniak.

Fundacje dają z siebie więcej, niż wymaga Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), w tym szeroko rozumiane wsparcie okołoporodowe czy pomoc w organizacji pogrzebu dziecka. Dla chętnych jest też opieka duchowa.

OD ZAPRZECZENIA DO AKCEPTACJI

Pomoc psychologiczna to fundament perinatalnej opieki paliatywnej. Psycholog pomaga pokonywać rozbudzone lęki, dodaje siły, pozwala przejść od stanu zaprzeczenia do akceptacji. Tłumaczy przeżywane emocje. Pod jego opieką może być nie tylko przyszła mama, ale także cała rodzina, czyli partner, dziadkowie czy rodzeństwo.

– Osoby, którym pomagamy, są w kryzysie, a każdy z nas w takiej sytuacji reaguje inaczej. Jedni mierzą się z poczuciem krzywdy, inni z poczuciem bezradności. Czasem jest w nich potężna złość, a czasem poczucie winy. Albo wszystko naraz. Od wydania słynnego wyroku Trybunału Konstytucyjnego, zakazującego aborcji z powodu potencjalnie letalnych wad płodu, część kobiet zmaga się z poczuciem krzywdy, którego źródłem jest myślenie, że znalazły się w potrzasku. Te emocje bywają więc bardzo różne. Moim zadaniem jest dotrzeć do pacjentki, zrozumieć jej tok myślenia i starać się

ukazać inną perspektywę. Tak, aby mogła odnaleźć większe poczucie spokoju i zyskała pewność, że w danej sytuacji zrobiła wszystko, co dało się zrobić. Tu chodzi o pomoc, która nie ma wymiaru politycznego. Pacjent przychodzi do mnie z cierpieniem, a ja go mogę wesprzeć. To wszystko – tłumaczy Agnieszka Jankowska-Rachel, psycholog hospicjum perinatalnego Fundacji Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci. Komu najtrudniej pomóc? – Osobie, która nie ma wsparcia. Ciężar najtrudniej nieść w pojedynkę. Dlatego w procesie zdrowienia ważną rolę odgrywa cała rodzina – wyjaśnia Agnieszka Jankowska-Rachel.

Czego najbardziej boją się rodzice? – Mają przeróżne lęki. Jedna z pacjentek, którą mieliśmy pod swoją opieką, bardzo się bała wyglądu swojego dziecka. Usłyszała od lekarza, że będzie zdeformowane – opowiada Aleksandra Marciniak, rzeczniczka Łódzkiego Gajusza. I co się stało, kiedy dziecko przyszło na świat? – Prezes naszej

fundacji często uczestniczy w takich porodach i przy tamtym również była obecna. Zawinęła noworodka w becik, nałożyła czapkę, przyniosła mamie i powiedziała: „Proszę spojrzeć, jaką on ma piękną rączkę”. Mama wtedy je przytuliła i powiedziała: „Synku, ja tak się bałam ciebie zobaczyć, a ty przecież jesteś najpiękniejszy na świecie”. Przy odpowiednim podejściu nasze lęki przestają być takie straszne – przekonuje Aleksandra Marciniak.

ZAWSZE COŚ MOŻNA ZROBIĆ

Hospicjum perinatalne to także opieka medyczna. Bo choć diagnoza zapadła, dostępny dla rodziny lekarz wszystko jeszcze raz wytłumaczy. Przygotuje na to, co niedługo się wydarzy. Upewni się także, czy rozpoznanie nie wymaga doprecyzowania. I – jeśli trzeba – zleci wykonanie dodatkowych badań.

– W trakcie konsultacji lekarskiej zbierane są szczegółowe informacje na temat choroby dziecka. Im więcej informacji

uzyskam, tym bardziej przewidywalny scenariusz wydarzeń mogę przedstawić rodzicom – tłumaczy Agnieszka Jalowska, pediatra, neonatolog, specjalista medycyny paliatywnej z hospicjum perinatalnego działającego w ramach Hospicjum

dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”. W ramach przygotowania do porodu chorego dziecka fundacja zapewnia indywidualne konsultacje z położną. – Na tę pomoc kobiety często się decydują, ponieważ nie wyobrażają sobie uczestniczenia w zajęciach klasycznej szkoły rodzenia – podkreśla Agnieszka Jalowska.

Specjaliści zajmujący się perinatalną opieką paliatywną zwracają też uwagę, że szpital, w którym będzie odbywać się poród, jest bardzo istotnym ogniwem w procesie opieki nad pacjentem, ponieważ to, co wydarzy się w okresie okołoporodowym, ma ogromne znaczenie podczas przeżywania żałoby po stracie dziecka. Kluczowe jest podejście personelu medycznego do rodzącej i jej bliskich, w tym umożliwienie godnego pożegnania z dzieckiem. Dlatego fundacje współpracują z lekarzami, położnymi, pielęgniarkami, ze wszystkimi ludźmi zaangażowanymi w opiekę okołoporodową. – Kontaktujemy się z personelem szpitala, w którym ma dojść do rozwiązania.

Jeśli trzeba i jest taka możliwość, wspieramy rodzinę w szpitalu podczas porodu. Obecnie jest większe zrozumienie personelu dla naszych działań, ale prawda jest też taka, że mamy wydeptane ścieżki w konkretnych placówkach – stwierdza Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz, lekarz hospicjum perinatalnego Łódzkiej Fundacji Gajusz.

LEKARZE UWRAŻLIWIENI

Jak wygląda wsparcie okołoporodowe? Jednym z kluczowych elementów jest zapewnienie intymności. – Najlepiej jeśli poród odbywa się na oddzielnej sali, troszeczkę na uboczu. Jeśli jest to możliwe, rodząca ma położną na wyłączność. W naszym rejonie współpraca ze szpitalami układa się dobrze. Lekarze są uwrażliwieni. Personel medyczny wie, że trzeba być blisko, ale i nie przeszkadzać. Nam wszystkim zależy, żeby pacjentka i jej rodzina opuścili szpital ze świadomością, że zrobiono dla nich wszystko, co było możliwe – mówi Karolina Siemienowicz, lekarka, koordynatorka perinatalnej opieki paliatywnej Fundacji „Pomóż Im” spod Białegostoku, pierwszego hospicjum perinatalnego działającego w północno-wschodniej Polsce.

Psycholog Agnieszka Jankowska-Rachel zwraca uwagę, że taki trudny poród wiąże się ogromnymi emocjami także dla medyków. – Oni powinni wiedzieć, jak skutecznie wspierać kobietę. Trzeba zdawać sobie sprawę, że stwierdzenie: „Urodzi pani następne” nie jest dodaniem otuchy. Czasem jedno zdanie może zburzyć tygodnie terapii – uczuła Agnieszka Jankowska-Rachel.

Zdaniem Aleksandry Marciniak, rzeczniczki prasowej Łódzkiego Gajusza, w każdym szpitalu powinno się wydzielić specjalne miejsce na takie porody oraz miejsce dla mamy i jej rodziny już po urodzeniu. Takie, w którym w intymności można pożegnać się ze swoim dzieckiem. – W zasadzie każda porodówka powinna wydzielić pokój do takich trudnych porodów, do poronień i wszystkich sytuacji, w których nie będzie szczęśliwego rozwiązania. Ważne też, aby kobieta nie trafiła po porodzie na ogólną salę, bo to jej przysporzy tylko dodatkowego cierpienia. Nasza fundacja utworzyła taki pokój pożegnania w 2020 r. w Szpitalu Miejskim im. Dr. Ludwika Rydygiera w Łodzi, drugi powstał rok temu w Centrum Zdrowia Matki Polki, już z inicjatywy samej placówki. Dobrze byłoby, gdyby pokoje pożegnania powstawały w całym kraju. Żeby ginekolodzy inicjowali takie działania w swoich szpitalach – mówi Aleksandra Marciniak.

***Ciężar najtrudniej
nieść w pojedynkę.
Dlatego w procesie
zdrowienia ważną
rolę odgrywa
cała rodzina***



Właściwe wsparcie ze strony szpitala to nie wszystko. Na przykład Łódzka Fundacja Gajusz podczas porodu może zapewnić księdza, fotografa czy pomaga w organizacji pogrzebu. - Rodzice, którzy z nami przeżyli porody, są wdzięczni za sesje zdjęciowe. Niektórzy dziwią się, że proponujemy coś takiego. Dla rodzica to jednak ważne, że ma tę pamiątkę - tłumaczy rzeczniczka prasowa łódzkiego Gajusza.

PROBLEMY

Od kilku lat NFZ refunduje świadczenie z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, jednak ze względu na stawkę można raczej mówić o dofinansowaniu, a nie pełnym pokryciu kosztów. Jednorazowy ryczałt na pomoc jednej rodzinie wynosi ok. 2 tys. zł. Nieważne, ilu porad psychologicznych czy konsultacji medycznych udzielono.

Problemem pozostaje też moment trafienia pod opiekę hospicjum perinatalnego. - Ważne, aby stało się to jak najszybciej, najlepiej zaraz po usłyszeniu niepomyślnej diagnozy. Niestety nadal zbyt mało lekarzy prowadzących ciążę przy stwierdzeniu potencjalnie letalnej wady płodu informuje pacjentki, że jest opcja skorzystania z perinatalnej opieki paliatywnej. Apeluję do ginekologów: informujcie, że istnieją hospicja perinatalne i wypiszcie swojej pacjentce skierowanie. My nie przejmujemy opieki medycznej nad ciężarną, ale możemy dać naprawdę wiele dodatkowego wsparcia.

Stwierdzenie: „Urodzi pani następne” nie dodaje otuchy. Czasem jedno zdanie może zburzyć tygodnie terapii

Oczywiście, jedna kobieta zechce z takiej pomocy skorzystać, inna nie. To też jest OK, ale dajmy im wybór. Pacjentka musi być poinformowana. Jesteśmy apolityczni, nie pytamy o wyznanie, nie przekazujemy żadnego swojego światopoglądu. Pomagamy tu i teraz, skupiając się na tym, co dla kobiety i jej rodziny jest najważniejsze. Reagujemy na indywidualne potrzeby całej rodziny - wyjaśnia Aleksandra Marciniak z łódzkiego Gajusza.

Co powinno się zmienić, żeby ta opieka była jeszcze lepiej zorganizowana? Pytam lekarkę Aleksandrę Korzeniewską-Eksterowicz, lekarkę hospicjum perinatalnego łódzkiej Fundacji Gajusz. - Pacjentki, które do nas trafiają, są prowadzone za rękę do samego rozwiązania, ale także później. W najgorszej sytuacji są panie pozostawione same sobie. Czy system, sam z siebie może dać im odpowiedni standard opieki? Jak często się zdarza, że są one hospitalizowane razem z dziewczynami, które spodziewają się

zdrowych dzieci? Czy mają możliwość pożegnania się z dzieckiem po porodzie? Czy mają zapewnioną opiekę psychologiczną? - zastanawia się lekarka.

Nie można jednak zapominać, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat wiele dobrego osiągnięto w kwestii opieki nad pacjentką w ciąży, u której rozpoznano potencjalnie letalną wadę u płodu.

- Jeszcze niedawno uważano, że lepiej, aby kobieta nie widziała dziecka, które umarło w trakcie ciąży lub umrze bezpośrednio po porodzie. Personelowi szpitalnemu trudno było cokolwiek zaproponować, często odpowiedzią na tę trudną sytuację była ucieczka, w przekonaniu że i tak nic nie można zrobić. Na szczęście to już przeszłość. Mamy zarówno wiedzę, jak i narzędzia, aby zająć się profesjonalnie pacjentką, dzieckiem i całą rodziną. To jest właśnie opieka paliatywna. W jej zakresie jest opieka medyczna, czyli ustalenie możliwości wstrzymania się od uporczywej terapii, podanie dziecku leków łagodzących objawy takie jak ból, duszność. Umożliwienie nieograniczonego kontaktu dziecka z rodzicami, a także osobami, których obecność w tej sytuacji jest dla rodziny ważna. Rozumiemy, że to są chwile niepowtarzalne, w których nie można się spieszyć. Nie zabierzemy naszym pacjentom tego dramatu, który przeżywają, ale możemy dać wiele, co da rodzinie choć minimalne ukojenie - przekonuje Agnieszka Jalowska. Trudno się z tym nie zgodzić.

PATRONAT

PERSPEKTYWY MEDYCyny

Lekarze, decydenci, a także dziennikarze znaleźli się w gronie nagrodzonych w konkursie Perspektywy Medycyny, którego patronem medialnym jest „Gazeta Lekarska”.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) Filip Nowak, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) prof. Zbigniew Gaciong, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego prof. Ryszard Gellert oraz byli i obecni kierownicy I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM – prof. Grzegorz Opolski i prof. Marcin Grabowski – odebrali nagrody w drugiej edycji konkursu Perspektywy Medycyny. Wyróżnienia przyznano w sześciu kategoriach: profilaktyka zdrowotna, organizacja – ochrona zdrowia, nowoczesna edukacja medyczna, telemedycyna i usługi e-zdrowia, innowacje i wdrożenia oraz promocja zdrowia w mediach. Nagrodę specjalną, przyznaną na wniosek pacjentów i z ich inicjatywy, otrzymał minister zdrowia Adam Niedzielski.



Gospodarzem spotkania był prof. Henryk Skarżyński

PROFILAKTYKA JEST TAŃSZA

Przyznaniu nagród towarzyszyła debata „Zdrowie Polaków w kontekście chorób cywilizacyjnych”. – Zdrowie to także to, co nas otacza. Profilaktyka jest tańsza, a przez dziennikarzy jesteśmy pytani głównie o medycynę naprawczą. W działalności NFZ, a wcześniej kas chorych, dostrzegam

wiele działań podejmowanych na rzecz profilaktyki – powiedział w czasie debaty prof. Henryk Skarżyński, przewodniczący Rady Programowej Kongresu „Zdrowie Polaków” oraz Rady Głównej Instytutów Badawczych, który był gospodarzem spotkania.

– Nie osiągniemy sukcesu, jeśli dyskusje o chorobach cywilizacyjnych będą odbywały się tylko w gronie osób związanych z ochroną zdrowia. Trzeba wyjść znacznie szerzej – powiedziała dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, apelując o stworzenie przestrzeni do działania różnych środowisk. Na niskie zainteresowanie badaniami profilaktycznymi zwróciła uwagę zastępca prezesa NFZ Małgorzata Dziędział. – Widzimy, jaka jest zgłaszalność na badania z zakresu raka piersi, szyjki macicy czy raka jelita grubego. Tymczasem szybko wykryta choroba w połączeniu z medycyną naprawczą dają możliwość szybkiego powrotu do zdrowia – powiedziała.

KONCEPCJA JEDNEGO ZDROWIA

Pod redakcją prof. Henryka Skarżyńskiego został opracowany 320-stronicowy raport zawierający spostrzeżenia i rekomendacje opracowane przez uczestników 4. edycji Kongresu „Zdrowie Polaków”, zorganizowanego w październiku 2022 r. pod hasłem „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia”. ■■■ (M.T.)

DEBATA

BY PACJENT NIE GINĄŁ W SYSTEMIE

Opieka nad pacjentami kardiologicznymi wymaga daleko idących zmian systemowych. Zdaniem ekspertów powinna się skupić na wzmocnieniu podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki ambulatoryjnej w celu odciążenia specjalistycznych oddziałów szpitalnych, a także wprowadzeniu do systemu koordynatorów, którzy sprawowałyby pieczę nad takimi pacjentami, śledzili ich ścieżkę leczenia i pomagali chorym realizować założone cele terapeutyczne. Widzą oni także potrzebę położenia jeszcze większego nacisku na edukację, która miałaby zmienić zachowania zdrowotne

Polaków. Wskazują jednocześnie na wciąż nierozwiązany problem prawidłowego leczenia hipercholesterolemii mimo że są niezbita dowody na to, że wprowadzenie do leczenia statyn, a także leczenia skojarzonego znacząco obniża śmiertelność z powodu chorób układu krążenia. Takie były główne tezy, które wybrzmiały podczas IV debaty „Media świadome kardiologii” zorganizowanej przez Fundację „Instytut Świadomości”. Uczestniczący w debacie lekarze: prof. Adam Witkowski, past prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) i dyrektor WCCI, oraz prof. Robert GIL, prezes elekt PTK, dyrektor WCCI

i ekspert NIL, byli zgodni, że polska kardiologia poczyniła milowe kroki w rozwoju, m.in. wprowadzając program KOS-zawał, a obecnie sieć kardiologiczną, ale wciąż słabo się to przekłada na statystyki dotyczące śmiertelności. W porównaniu z krajami Unii Europejskiej w Polsce notuje się dwukrotnie więcej zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych, ale co istotne są to zgony możliwe do uniknięcia. Jak to zrobić? W opinii dziennikarzy biorących udział w debacie niezbędne są działania na wielu poziomach. Zarówno dotyczących zarządzania, dzielenia nakładów finansowych, poprawy dostępności do diagnostyki i kardiologów, jak i kompatybilności programów i szybkiego przepływu informacji o pacjencie, czego obecnie niestety brakuje. Pacjent, często zdezorientowany co do kolejnych kroków, przerywa leczenie i ginie gdzieś w systemie. ■■■ (L.K.)

DOCENIĆ DIAGNOSTYKĘ LABORATORYJNĄ

Wyniki laboratoryjnych badań diagnostycznych są podstawą ponad 60 proc. decyzji lekarskich. Warto poznać najnowsze rekomendacje dotyczące badań najczęściej wykonywanych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Lucyna Krysiak dziennikarka

O zagrożeniach wynikających z lekooporności drobnoustrojów mikrobiolodzy mówią od dawna i ostrzegają, że zjawisko to przybiera na sile. Można je powstrzymać, upowszechniając wiedzę na temat diagnostyki mikrobiologicznej, która umożliwia wybór optymalnej antybiotykoterapii.

Rozpowszechnianiu najnowszej wiedzy i rekomendacji dotyczących laboratoryjnych badań diagnostycznych służy cykl szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), organizowanych przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL) we współpracy ze stowarzyszeniem MedTech Polska oraz Polskim Towarzystwem Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL). Najbliższe odbędzie się 24 maja br., a poprowadzi je dr hab. Anna Mertas, wiceprezes Zarządu Głównego PTDL i profesor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (ŚUM) w Katowicach. W swoim wykładzie „Laboratoryjne badanie mikrobiologiczne podstawą racjonalnej antybiotykoterapii” omówi problemy związane z narastającą lekoopornością drobnoustrojów, laboratoryjną oceną lekowrażliwości i lekooporności drobnoustrojów z wykorzystaniem najnowocześniejszych metod pozwalających na skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania oraz zasady interpretacji wyniku oceny lekowrażliwości drobnoustrojów, uwzględniające obowiązujące wytyczne i rekomendacje.

– Wyniki laboratoryjnych badań diagnostycznych są podstawą ponad 60 proc. decyzji lekarskich. Aby były one właściwe i mogły być podejmowane w możliwie najkrótszym czasie, konieczna jest ścisła współpraca lekarzy i diagnostów laboratoryjnych – tłumaczy prof. Anna Mertas. Zaznacza, że w procesie kształcenia przed- i podyplomowego diagnostów laboratoryjnych pozyskują wiedzę merytoryczną umożliwiającą im prowadzenie merytorycznego dialogu z lekarzami i uczestnictwo w procesie diagnozowania i monitorowania leczenia. – Dzięki bezpośredniej współpracy z lekarzem zlecającym badanie diagnosta laboratoryjny ma możliwość uzyskania informacji klinicznych o pacjencie, niezbędnych dla właściwej interpretacji wyników laboratoryjnych badań diagnostycznych – mówi prof. Mertas.

CYKL WSPÓLNYCH SZKOLEŃ

– Bez właściwej diagnostyki laboratoryjnej trudno nakreślić ścieżkę leczenia pacjenta. Wczesne stosowanie badań pozwala ograniczyć wydatki na medycynę naprawczą – zaznacza Dariusz Adamusiński, dyrektor zarządzający MedTech Polska, stowarzyszenia producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych do diagnostyki laboratoryjnej. Przekonuje, że medycyna laboratoryjna jest najtańszym i najłatwiej osiągalnym elementem diagnostyki we wszystkich systemach opieki zdrowotnej. – 70 proc. decyzji dotyczących procesu terapeutycznego jest

podejmowanych w oparciu o analizy wyników krwi, moczu i genetyki molekularnej. Jednak zaledwie 3 proc. badań laboratoryjnych wykonuje się w POZ, gdzie, aby wychwycić pierwsze symptomy chorób, profilaktyka powinna być prowadzona w szerszym wymiarze. W 85 proc. przypadków badania diagnostyczne u pacjenta po raz pierwszy są przeprowadzane w szpitalu, a więc gdy choroba jest już zaawansowana. Medycyna laboratoryjna to dziś najszybciej rozwijająca się dyscyplina. Nowe technologie stwarzają ogromne możliwości diagnostyczne, dlatego warto być na bieżąco i wzbogacać swoją wiedzę również w tym kluczowym dla zdrowia pacjenta obszarze – mówi Dariusz Adamusiński. Dodaje, że ideą współpracy z NIL jest uświadomienie lekarzom POZ, jakie mają do dyspozycji narzędzia i jak mogą z nich korzystać. – Wyposażeniem laboratoriów i kwalifikacjami personelu dorównujemy Zachodowi, ale nie potrafimy tego w pełni wykorzystać. Z jednego badania krwi wyciągamy trzy-cztery parametry, a w innych krajach kilkanaście przy stosowaniu tej samej technologii i współpracy z ekspertami ds. diagnostyki laboratoryjnej – konkluduje Dariusz Adamusiński.

Pierwsze szkolenie z cyklu, dotyczące morfologii krwi obwodowej i przydatności wyniku wieloparametrowego w rutynowej diagnostyce, odbyło się w marcu. Trzecie, poświęcone diagnostyce dyslipidemii w kontekście miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych, zaplanowano na 16 czerwca 2023 r.



**Ośrodek Kształcenia
Naczelnej Izby Lekarskiej przygotował
nową ofertę szkoleń
na sesję wiosenno-letnią 2023 r.**

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

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

W maju rozpoczynamy m.in.:

- cykl szkoleń: *Media Społecznościowe w pracy lekarza*
- cykl szkoleń: *Podstawowa Opieka Zdrowotna w praktyce*
- cykl szkoleń: *Prawne aspekty dotyczące tworzenia i prowadzenia podmiotu leczniczego*

Ponadto zaplanowaliśmy szkolenia o tematyce:

- *Opieka koordynowana w lecznictwie ambulatoryjnym*
- *Leczenie depresji*
- *Rozwój e-zdrowia-aspekty prawno-systemowe*
- *Laboratoryjne badanie mikrobiologiczne podstawą racjonalnej antybiotykoterapii*

a także wiele innych tematów z obszaru zarządzania, prawa, kompetencji miękkich oraz związanych z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z obszaru poszczególnych specjalizacji.

Szkolenia zaplanowane w okresie maj-sierpień 2023 r. znajdują się na naszej stronie internetowej.

Zapisy na szkolenia:

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

Zapraszamy!



PRZYCHODZI FARMACEUTA DO LEKARZA

Każdy wie, z jak wielu powodów potrafią się stresować pacjenci. Bywają one nieracjonalne, nawet anegdotyczne, jak w przypadku hipochondryka, którego zdradzała żona, a on się martwił, że mu rogi nie rosną (obawiał się, że to z powodu niskiego poziomu wapnia). Jednak najczęściej powody są poważne lub przynajmniej dokuczliwe.

Grupą szczególnie przestraszoną bywają, co zrozumiale, matki z dziećmi, zwłaszcza małymi. Kłopotliwe braki leków są codziennością. Zarazem wszechogarniająca reklama leków i suplementów diety wywiera silne piętno na nieświadomych swej niewiedzy ludziach. Wywołuje w nich przekonanie, że są w stanie postawić diagnozę, dobrać lek i ustalić jego dawkowanie. W razie wątpliwości mogą się przecież skonsultować z lekarzem lub farmaceutą. Niestety, w myśl efektu Dunninga-Krugera im mniej wiemy na dany temat, tym jesteśmy bardziej skłonni do bezkrytycznej oceny lub zachowania. Tu – do samoleczenia.

Jestem w stałym kontakcie z wieloma farmaceutami. Pomimo lat doświadczenia wszyscy borykamy się z problemem, którego mogłoby nie być. Jest nim przekonanie pacjentów, a szczególnie matek chorych dzieci, że lek przepisany przez lekarza jest „oryginałem”, którego farmaceuta nie ma prawa zamienić poprzez wydanie odpowiednika.

A przepisy zmuszają farmaceutów do ich proponowania i to na dodatek pod groźbą kary w wysokości do 200 zł. Farmaceuci zarazem mają rozum, z którego korzystają. Jeśli pacjent lub rodzic nie chce zamiany, szanują jego decyzję. Swoistym paradoksem jest to, że decydem wyboru leku staje się jego nabywca. Osoba raczej niebędąca lekarzem lub farmaceutą.



Mariusz Politowicz

członek Naczelnej Rady Aptekarskiej

ODPOWIEDNIK TO TEŻ DOBRY LEK

Wybór opiera na kojarzeniu nazwy lub kolorystyki opakowania oraz – najczęściej – niższej cenie. Czasem po podpowiedzi przypadkowej osoby w kolejce aptecznej. Dopiero na końcu – na wyjaśnieniach farmaceuty.

Zgodnie z ustawą refundacyjną, która prawie niezmienną obowiązuje od 2012 r., urzędowa marża (poprawnie: narzut) na lekach refundowanych jest identyczna dla każdego z odpowiedników danego leku. Różnica tkwi w odpłatności, czyli kwocie do zapłaty.

Nie tylko pacjenci nie wiedzą o powyższych regułach. Dlatego nie tylko oni podejrzewają, że farmaceuta więcej zarobi, gdy kupujący zapłaci więcej.

To nieprawda. Reguły ustalił ustawodawca. Są oderwane od praw ekonomicznych i szeroko rozumianych realiów. Między innymi dlatego brakuje leków, zwłaszcza gdy... tanieją.

Czy jednak cała koncepcja leczenia farmakologicznego, którą lekarz zalecił

pacjentowi, legnie w gruzach po wydaniu odpowiednika? Przeważnie nie. Skupmy się na tej możliwości.

Skoro mamy do czynienia z permanentnymi brakami leków, a pacjenci podejmują nieracjonalne decyzje, proponuję ułatwić życie i im, i nam, lekarzom i farmaceutom.

Słuszne jest, by pacjent ufał swemu lekarzowi. Farmaceute też. Dlatego bardzo Państwa zachęcam, aby podczas wystawiania recept poinformować każdego pacjenta, czym jest odpowiednik. Że jest tak samo dobrym lekiem, który różni się nazwą, opakowaniem, kształtem i kolorem tabletki lub smakiem, zapachem i kolorem zawiesiny dla dziecka. Nie ma to istotnego znaczenia dla działania. Mało komunikatywny pacjent lub zdenerwowana mama malucha będą mieli dobrą wskazówkę. Nie będą aż tak bardzo sfrustrowani w aptecce oraz

w domu, np. podczas przygotowywania zawiesiny z antybiotykiem. Mniejsza szansa na pomyłkę lub rozlanie zawiesiny. Nikomu nie muszą udowadniać, dlaczego ten zestaw czynności ma duże znaczenie.

Byłoby wskazane, aby w aptecce pacjenci sami dopytywali o odpowiednik. Dlaczego? Choćby dlatego, że korzystają z wyszukiwarek, które nie podpowiedzą tego, co wie (bo w aptecce ma) farmaceuta: odpowiednika.

Czasem pacjenci argumentują, że wolą „oryginał” przepisany przez lekarza. Nie wiedzą, że na receptce mają odpowiednik np. amoksycyliny z kwasem klawulanowym, a farmaceuta właśnie zaproponował oryginał...

Farmaceuci doskonale rozumieją, że są sytuacje, gdy pacjent nie powinien przyjmować żadnego odpowiednika pierwotnie zaordynowanego leku. Nie o tym mowa. Wielokrotnie widziałem na receptach znaczek „NZ – nie zamieniać”. Czasem brakowało NZ, ale pacjent informował o zaleceniu ustnym. Natomiast niezwykle rzadko słyszałem słowa pacjentów, że lekarz uprzedził o możliwości przyjmowania odpowiedników.

Cóż, samo życie. Jednak jeśli mamy możliwość, aby było łatwiejsze i spokojniejsze, dlaczego z niej nie skorzystać?

Czego sobie i Państwu życzę. ■■■

**Zachęcam,
by podczas
wystawiania recept
poinformować
pacjenta, czym jest
odpowiednik**

PATRONATY



ZAKOPANE: GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA W PRAKTYCE

Edukacja i umocnienie współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny po to, aby kompleksowo prowadzić pacjentki przez proces diagnozy i leczenia – to cel XXVII Konferencji Naukowej „Postępy w ginekologii onkologicznej”. Wydarzenie odbędzie się 14-15 września 2023 r. w Zakopanem.

Spotkanie rozpocznie się warsztatami z onkologicznych technik operacyjnych (prezentacja przypadków), a także z zakresu radioterapii ginekologicznej. Na kolejny dzień zaplanowano sesje naukowe. Goście opowiedzą m.in. o radiochemioterapii nowotworów narządu rodniczego, zastosowaniu nowoczesnych technik genetyki i badań molekularnych w ginekologii onkologicznej, a także

o profilaktyce i wczesnym wykrywaniu nowotworów ginekologicznych. W programie nie mogło też zabraknąć wykładu o organizacji i finansowaniu procedur dotyczących ginekologii onkologicznej. Spotkanie w Zakopanem to nie tylko czas na poszerzenie wiedzy, ale też zacieśnienie współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji. Jak podkreślają organizatorzy, ginekologia onkologiczna to działania zespołowe, dlatego w konferencji wezmą udział eksperci z różnych dziedzin. Dzięki temu wydarzenie może zaciekać nie tylko ginekologów, położników i ginekologów onkologów, ale też specjalistów radiologii czy chirurgii i genetyki. Więcej na www.onkogin2023.pl.



21. KONGRES MEDYCyny RODZINNEJ – „HEJNAŁ NA ZDROWIE!”

Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zaprasza do Krakowa na 21. edycję Kongresu Medycyny Rodzinnej. W programie wydarzenia, które odbędzie się w dniach 1-4 czerwca 2023 r., znalazło się aż 16 sesji wykładowych, dziewięć warsztatów praktycznych oraz prezentacje ustne i plakatowe. Lekarze praktycy będą mogli przekazać wyniki swoich badań podczas sesji naukowych.

Zaplanowano m.in. wystąpienia na temat wybranych chorób dermatologicznych, infekcji oraz opieki nad niemowlęciem, a także prezentację aktualnych zaleceń postępowania u chorych na nowotwory urologiczne w praktyce lekarza POZ. Ciekawie zapowiada się także wykład „Komputer nie tylko do ewidencji i wystawiania recept. Modelowanie bio-cybernetyczne”. Z kolei w ramach sesji z zakresu prawa i medycyny sądowej będzie m.in. mowa o karnoprawnej ochronie lekarza przed agresją ze strony pacjenta oraz możliwościach i pułapkach prawnych w przejmowaniu poradni POZ.

Na ostatni dzień kongresu organizatorzy przygotowali kilka warsztatów – o leczeniu ran, badaniu ortopedycznym stawu barkowego, ambulatoryjnym monitorowaniu ciśnienia krwi, interpretacji zapisów EKG, zlecaniu nowych badań laboratoryjnych w POZ oraz komunikacji z tzw. trudnym pacjentem.

Tegoroczne spotkanie odbędzie się, podobnie jak w roku ubiegłym, w formie hybrydowej. Udział stacjonarny trzeba zgłosić do 18 maja. Program, formularz rejestracji oraz szczegóły wydarzenia dostępne są na www.rodzinni.edu.pl.

V MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA

INNOWACJE w OKULISTYCE
 KATOWICE, 12-13 maja 2023


O NAJNOWSZYCH OSIĄGNIĘCIACH OKULISTYKI W KATOWICACH

Ponad 400 lekarzy okulistów, w tym wielu znakomitych ekspertów z kraju i z zagranicy – tylu uczestników spodziewają się organizatorzy zbliżającej się V Międzynarodowej Konferencji „Innowacje w Okulistyce”. Dwudniowe wydarzenie (12-13 maja 2023 r., Katowice) jest dobrą okazją do wymiany doświadczeń i dyskusji na tematy diagnostyczno-terapeutyczne, a przede wszystkim do zapoznania się z najnowszymi osiągnięciami współczesnej światowej okulistyki. Poza wykładami dla

uczestników przygotowano też ofertę warsztatową, w tym na przykład o angiografii fluoresceinowej.

Organizatorami konferencji są: Klinika Okulistyki Katedry Okulistyki WNMK Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (SUM), Klinika Okulistyki Dziecięcej Katedry Okulistyki WNMK SUM w Katowicach, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego SUM w Katowicach, a także Fundacja na rzecz Rozwoju Nauki i Medycyny. Więcej informacji na www.innowacje2023.icongress.pl.

NIL NA SZYBKO



Jakub Kosikowski
p.o. rzecznika prasowego NIL

SKUTECZNY LOBBING SAMORZĄDU

Nie sposób nie odnieść się do sukcesu całego Środowiska Lekarskiego – odrzucenia przez Senat i Sejm ustawy o „jakości”. Padają pytania, dlaczego Samorząd nie angażuje się bardziej zdecydowanie w akcje medialne, a SMS z rozpropagowaniem petycji o weto wysyła dzień przed ostatecznym głosowaniem ustawy? Bo nie zawsze tę pracę widać na zewnątrz. W tym wypadku były to setki godzin spotkań, telefonów, negocjacji i lobbingu całego Środowiska skupionego w Porozumieniu Organizacji Lekarskich (NIL, OZZL, PZ i PR OZZL) oraz samorządów innych zawodów medycznych. Jak się okazało – skutecznego lobbingu.

Wychodząc naprzeciw podkreślanej przez ministra zdrowia oraz rzecznika praw pacjenta potrzebie, by w Polsce obowiązywała jakaś ustawa o jakości w ochronie zdrowia, Samorząd wraz z POL powołał do istnienia Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. Zaproszono do niego przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, organizacji pacjentów, ekspertów oraz wszystkich zawodów

medycznych, by razem napisać – tym razem niekwestionowaną pod względem jakości – ustawę „o jakości”.

To niejedyny sukces. Po wygranej z Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) przed Naczelnym Sądem Administracyjnym udało się uzyskać dostęp do pytań użytych w Państwowym Egzaminie Specjalizacyjnym (PES) w latach 2016-2020. 3 kwietnia pytania z PES z lat ubiegłych pojawiły się na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej. Co z pytaniami z lat 2021-2023? W momencie kiedy czytacie te słowa, na stronie NIL powinny już czekać pytania z lat 2021-2022, które CEM miał dostarczyć do NIL do 21.04. Pytania z sesji wiosna 2023 i każdej kolejnej znajdziecie już na stronie CEM – to skutek wylobbowanych zmian w prawie.

Po wpadce z naborem na specjalizację jesienią 2022 r., po której pozostało ponad tysiąc niewykorzystanych rezydentur, Ministerstwo zmodyfikowało proces rekrutacji na rezydentury i tryb pozarezydenturki. Od jesieni 2023 r. dojdzie trzecia tura rekrutacji, w której rozdysponowane będą niewykorzystane miejsca na specjalizację deficytowe. ■■■

O TYM SIĘ MÓWI

BEZ ZASKOCZENIA

– Nie zaskoczyła nas przyjęta przez decydentów natychmiast po upadku ustawy o jakości strategia przeciwdziałania lekarzy pacjentom i zrzućcia na lekarzy odpowiedzialności za własne błędy. Przypomina się rok 2017, bo wtedy, w trakcie protestu rezydentów, też próbowano wobec nas tej metody. Wszyscy pamiętamy skutki, jakie pociągnęła za sobą dla ówczesnego Ministerstwa Zdrowia. Metoda jest skazana na porażkę, bo trudno sobie wyobrazić, że po wysłuchaniu wypowiedzi decydentów opinia publiczna naprawdę uwierzy, że lekarze byli przeciwko ustawie, bo chcieli zaszkodzić swoim pacjentom. To naprawdę karkołomna, a przy tym nieprawdziwa teza – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski w wywiadzie dla portalu Medycyna Praktyczna.

ZAWODY MEDYCZNE ZA ODRZUCENIEM USTAWY O JAKOŚCI

Odrzucenie ustawy poprzedził apel samorządów zawodów medycznych do parlamentarzystów. – Nasz wspólny głos w tej kwestii jest wyraźnym sygnałem dla decydentów, że te przepisy są niekorzystne dla wszystkich – pacjentów i medyków – i ustawa powinna zostać odrzucona w całości. Środowisko medyczne wyczekiwało tej ustawy od dawna, wiemy, jak bardzo jest potrzebna, ale jej obecny kształt jest po prostu wadliwy i nie do przyjęcia – powiedział prezes NRL Łukasz Jankowski po kwietniowym spotkaniu prezesów samorządów zawodów medycznych. Prezes NRL, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintał-Ślimak oraz prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Tomasz Dybek jednogłośnie zaapelowali do posłów o nieprzyjmowanie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie leczenia w kształcie procedowanym w Parlamencie.

PYTANIA Z PES UDOSTĘPNIONE

Po długiej batalii sądowej Centrum Egzaminów Medycznych (CEM) udostępniło NIL pytania z Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) z lat 2018-2020. – Trzeba uznać to za sukces samorządu lekarskiego. Upublicznienie pytań z poprzednich sesji egzaminacyjnych pomoże zdającym jeszcze lepiej przygotować się do egzaminu. Umożliwi też nadzór nad treścią pytań, niejednokrotnie kwestionowaną przez lekarzy – komentował prezes NRL Łukasz Jankowski. W odpowiedzi na pismo NRL p. o. dyrektora CEM dr. hab. n. praw. Rafał Kubiak wykonał uprawnoczniony wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z 28 września 2021 r., przesyłając pytania do NIL. Po wyroku WSA CEM próbowało się odwołać do Naczelnego Sądu Administracyjnego, ten jednak uznał, że brak podstaw do odmowy udostępnienia NIL żądanych pytań egzaminacyjnych wraz z poprawnymi odpowiedziami.

JERZY ZIĘBA WINNY

Sąd Okręgowy w Poznaniu uznał propagatora medycyny niekonwencjonalnej Jerzego Ziębę za winnego znieważenia oraz zniesławienia poznańskich lekarzy i skazał go na sześć miesięcy ograniczenia wolności. Chodziło o wypowiedź na temat lekarzy ze szpitala im. Jonschera w Poznaniu: „Najchętniej odrąbałbym im te durne lekaarskie mózgi z licencją na zabijanie”. Przedstawiciele Wielkopolskiej Izby Lekarskiej złożyli doniesienie o możliwości popełnienia przestępstwa, a w 2020 r. poznański sąd wydał wyrok nakazowy, uznając Ziębę za winnego zarzucanych mu czynów. Ten nie zgodził się z wyrokiem nakazowym, złożył sprzeciw, a proces toczył się w normalnym trybie. Proces Zięby zarówno przed sądem pierwszej instancji, jak i przed Sądem Okręgowym w Poznaniu toczył się z wyłączaniem jawności – niejawnie było także uzasadnienie wyroku – napisał „Menedżer Zdrowia”.

NIE ZAWIESILIBY PROTESTU

– Myślę, że gdybyśmy w 2017 r. mieli świadomość, że w 2023 r. będziemy oscylować z nakładami na zdrowie około 5 proc. PKB, to nie zawiesilibyśmy protestu rezydentów. Obecnie największym problemem jest dostępność do świadczeń zdrowotnych. Pacjenci utykają w długich kolejkach. System jest niefunkcjonalny, a nawet można powiedzieć, że systemu nie ma – mówił prezes NRL Łukasz Jankowski w programie TVN24 „Polska i Świat”.

NA RZECZ LEKARZY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

O zmianach w programach specjalizacji, które pozwoliłyby bez przeszkód ukończyć je lekarzom z niepełnosprawnościami, rozmawiali w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) dyrektor Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki Małgorzata Zadożna (Ministerstwo Zdrowia) i Oleg Nowak, pełnomocnik NRL ds. lekarzy z niepełnosprawnościami. – Zgodziliśmy się co do tego, że krótszy czas pracy lekarza z niepełnosprawnością, wynikający z Kodeksu pracy, nie powinien wydłużać szkolenia specjalizacyjnego. Dlatego potrzebny jest przepis, który jasno określi tę zasadę – powiedział Oleg Nowak.

PRZECIW HOMEOPATII

Rośnie liczba podpisów pod petycją wzywającą Naczelną Izbę Aptekarską (NIA) do zajęcia stanowiska w sprawie homeopatii – czytamy na portalu termedia.pl. „Metoda jest oparta na stosowaniu bezwartościowych preparatów o niepotwierdzonym naukowo działaniu” – podkreślają farmaceuci. Działania w sprawie homeopatii podejmował już w 2008 r. samorząd zawodowy lekarzy. NRL negatywnie oceniła zjawisko stosowania homeopatii i pokrewnych nienaukowych metod przez niektórych lekarzy, a także organizowanie szkoleń w tych dziedzinach. Mimo prób podważenia tego stanowiska w wieloletnim postępowaniu przed prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) NRL obroniła swoje racje.

CHCEMY LECZYĆ, A NIE LICZYĆ

„Lekarze, którzy przepisywali ten rodzaj mleka (Neocate) swoim pacjentom, brali pod uwagę wskazania medyczne. Ten preparat zalecany jest w konkretnych przypadkach ciężkich alergii przez alergologów i pediatrów. Kwestionowanie ich decyzji jest kwestionowaniem podstaw naukowych. Rozumiem, że chodzi o pieniądze, ale nie rozumiem, dlaczego odpowiedzialni mają być lekarze. Gdybym chciał zajmować się pieniędzmi, zostałbym ekonomistą. A jestem lekarzem. My chcemy leczyć, a nie liczyć – napisał w felietonie dla „Gazety Wyborczej Łódź” prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi dr Paweł Czekalski.

SKŁADKI LEKARZY PO STAŻU DO ZUS WEDŁUG PREFERENCYJNEJ STAWKI

Sąd Okręgowy w Szczecinie przyznał lekarzom rację w sprawie opłacania składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe według preferencyjnej stawki. – Wyrok jest przełomowy i zmierza w kierunku ukształtowania jednolitej linii orzeczniczej – skomentował prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie dr Michał Balsa. Sprawa dotyczy lekarzy, którzy po zakończeniu stażu podyplomowego zakładają działalność gospodarczą i kontynuują pracę u tego samego pracodawcy. Decyzją sądu znajduje wobec nich zastosowanie art. 18 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. – Przepis przyznaje lekarzom w okresie pierwszych 24 miesięcy kalendarzowych od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej jako podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe zadeklarowaną kwotę, nie niższą jednak niż 30 proc. kwoty minimalnego wynagrodzenia, tzw. stawkę preferencyjną – wyjaśniła dziennikarzom portalu Rynek Zdrowia mec. Emilia Gorzałczyńska, reprezentująca Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie.

Wsparcie prawnika i OC dla wszystkich

Całodobowa pomoc prawna, ubezpieczenie w ramach składki oraz systemowa pomoc w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak wypalenie zawodowe i nagła niepełnosprawność, to najczęściej wskazywane odpowiedzi w ankiecie wypełnionej przez członków izb okręgowych.

Mariusz Tomczak dziennikarz



Zidentyfikowanie potrzeb lekarzy i lekarzy dentystów, a także zbadanie postrzegania samorządu zawodowego były głównymi celami ankiety przeprowadzonej wśród członków samorządu zawodowego przez Ośrodek Badań i Analiz działający w ramach Centralnego Ośrodka Badań Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL). Badanie trwało od 10 września do 3 listopada 2022 r.

Do ankietowanych rozesłano kwestionariusz elektroniczny (LIME), a informacje o nim opublikowano m.in. na stronach internetowych izb, w newsletterze rozsyłanym do wszystkich członków samorządu, w mediach branżowych oraz na portalach społecznościowych dla lekarzy i lekarzy dentystów. Badanie podzielono na dwie fazy - przed decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) o podwyższeniu składki i po niej, co częściowo znalazło

odzwierciedlenie w wynikach. Ankietę wypełniło 1680 członków samorządu lekarskiego ze wszystkich izb okręgowych.

WIĘCEJ MŁODSZYCH RESPONDENTÓW

Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 30-39 lat (45 proc.), a uczestnicy najstarsi uczestnicy badania - powyżej 70. roku życia - zaledwie 3 proc. - Zdajemy sobie sprawę, że wybór ankiety internetowej jako narzędzia

badania opinii wpłynął na niereprezentatywność próby m.in. pod względem wieku, jednak jest to obecnie jedyna efektywna forma kontaktu ze wszystkimi członkami samorządu. Należy to brać pod uwagę podczas interpretacji wyników – mówi współautor badania Artur Białoszewski, specjalista epidemiologii i zdrowia publicznego. Wśród respondentów przeważali lekarze (79 proc.). Lekarze dentyści stanowili 17 proc., a stażyści 4 proc. 64 proc. badanych to kobiety. Co drugi uczestnik jako główne miejsce pracy wskazał szpital, 21 proc. poradnię, 13 proc. prywatną praktykę, 11 proc. gabinet stomatologiczny, a 2 proc. obecnie nie pracuje w zawodzie.

POPRAWA SYTUACJI I PRIORYTETY

Pierwsza grupa pytań skupiała się na indywidualnych odczuciach wobec samorządu zawodowego. Wstępna analiza wykazała, że podwyższenie składki członkowskiej miało na tę opinię niewielki wpływ negatywny. – Wyniki wskazują, że respondenci czują się częścią społeczności lekarskiej. To aspekt, który warto wykorzystać na korzyść samorządu. Niestety stosunkowo niewielu respondentów deklaruje aktywne zaangażowanie w działalność swojej izby – mówi Artur Białoszewski. Podkreśla, że wyniki stanowią dobry punkt wyjścia do pracy nad poprawą sytuacji w przyszłości. – Samorząd ma potencjalnie duże pole do działania. Warto poszukiwać sposobów zachęcenia lekarzy do aktywności na rzecz izb.

Na pytanie „Co Twoim zdaniem powinno być kluczowym priorytetem dla obecnych władz samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów?” można było udzielić maksymalnie trzech odpowiedzi. Za najważniejsze badani uznali: ochronę praw lekarza i lekarza dentyisty (78 proc.) oraz szybkie i zdecydowane reakcje na hejt (56 proc.). Dokładniejszą interpretację tych wskazań ułatwiają komentarze respondentów, które stanowiły nieodłączny element badania. „W każdym szpitalu jest poganianie do pracy, ciągle straszenie prokuratorem, straszenie przez rodzinę. Ostatnio kolega chirurg zeznawał w prokuraturze. Powiedziano mu, że <wszyscy będziemy siedzieć>. Jako lekarz muszę mieć pewność, że izba lekarska udzieli mi 100 proc. wsparcia w sytuacji, kiedy będę oskarżony

o błąd” – napisał jeden z badanych. Inny podkreślił, że izby powinny zajmować się rozwiązywaniem „problemów zawodowych lekarzy i niczym innym”.

OCHRONA PRAW I PRZECIWDZIAŁANIE HEJTOWI

Część lekarzy jest sfrustrowana nagonką w mediach oraz wśród pacjentów i oczekuje szybkiej i zdecydowanej reakcji samorządu zawodowego. Respondenci zwracają też uwagę na spadek szacunku wobec autorytetu lekarza. – Te wskazania mogą stanowić swoisty apel o wzmocnienie działań na rzecz środowiska zawodowego w tym obszarze – mówi badacz. Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że lekarze oczekują od izb przede wszystkim ochrony swoich praw oraz zdecydowanego reagowania na obraźliwe lub agresywne zachowania. – To są konkretne potrzeby, które mają swoje przyczyny. Jeśli respondenci

doświadczyli hejtu, najprawdopodobniej zetknęli się z nim osobiście, zarówno w rzeczywistości, jak i w internecie, i mogą czuć się zagrożeni – dodaje Artur Białoszewski. 38 proc. ankietowanych zwracała uwagę na potrzebę reprezentowania głosu lekarzy i lekarzy

dentyistów w mediach. Najbardziej znaczącymi odpowiedziami były: poprawa komunikacji z członkami samorządu (11 proc.), szersza oferta szkoleń z zakresu umiejętności miękkich (13 proc.) oraz integracja środowiska medycznego (18 proc.). Respondenci, którzy odpowiedzieli na pytania po podjęciu przez NRL

decyzji o zmianie wysokości składki, częściej wskazywali na potrzebę rozszerzenia oferty szkoleń zawodowych z zakresu medycyny (47 proc. vs. 32 proc.).

NAMACALNE KORZYŚCI

Przy pytaniu o sposoby wydatkowania środków pochodzących ze składek członkowskich respondenci mieli do wyboru maksymalnie trzy opcje. Po 54 proc. wskazało zapewnienie całodobowej pomocy prawnej oraz objęcie wszystkich członków izb obowiązkowym ubezpieczeniem OC w ramach składki. – Lekarze chcą namacalnych korzyści z opłacania składek i wykazują pragmatyzm w swoich wyborach, co samo w sobie nie jest złe. Osoby wypełniające ankietę po podjęciu decyzji o podwyższeniu składki znacznie częściej wskazywały na konieczność objęcia ubezpieczeniem OC wszystkich członków – komentuje współautor badania. Wysoko na liście znalazła się również systemowa pomoc w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak wypalenie zawodowe i nagła niepełnosprawność (40 proc.), co jest o tyle ciekawe, że zdecydowaną większość – 59 proc. – respondentów stanowiły osoby w wieku do 39 lat. – Wskazuje to na potrzebę wczesnego działania i wprowadzenia działań zapobiegawczych – tłumaczy Artur Białoszewski.

OCZEKIWANIA KONKRETNÝCH DZIAŁAŃ

Najmniej pożądane było inicjowanie działań w sferze sportu i kultury (10 proc.) oraz organizacja kampanii społecznych (23 proc.). Niewielu respondentów oczekuje, aby środki ze składek były przeznaczone na organizację kursów w ramach kształcenia specjalistycznego (13 proc.) czy na wsparcie socjalne, np. w formie becikowego, zapomóg lub odpraw pośmiertnych (15 proc.).

– Respondenci widzą potrzebę rozwiązania problemów, a nie tylko wspierania ich w samorozwoju, co wydaje się zgodne z teorią hierarchii potrzeb Masłowa. Oczekują przede wszystkim zapewnienia szeroko rozumianego bezpieczeństwa w ramach wykonywania zawodu, a dopiero w dalszej kolejności poszerzenia oferty szkoleń zarówno z zakresu medycyny, jak i kompetencji miękkich. Na samym końcu wspominają o zawodach sportowych czy wypłacaniu becikowego. Wyniki badania wskazują, iż zapewnienie bezpieczeństwa i stabilizacji jest priorytetem – podkreśla naukowiec. Jego słowa potwierdzają liczne komentarze, takie jak: „Skupcie się na

Respondenci czują się częścią społeczności lekarskiej

Kto za tym stoi

Autorami badania są naukowcy związani z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym: Artur Białoszewski, epidemiolog, specjalista zdrowia publicznego, konsultant wojewódzki ds. zdrowia środowiskowego, wykładowca kursów doskonalących dla lekarzy organizowanych przez NIL, oraz dr hab. n. med. Filip Raciborski, socjolog, specjalista z zakresu metodologii badań z Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii.

tym, żeby lekarze mogli bezpiecznie wykonywać swój zawód. Zintegrują się sami, jeśli będą mieć czas”.

NAJLEPSZA OCENA STAŻYSTÓW

W kolejnym pytaniu respondenci oceniali zadowolenie z dotychczasowego wywiązywania się izb lekarskich z zadań wskazanych w ankiecie. Wiek, płeć, miejsce pracy, bycie lekarzem lub lekarzem dentystą nie miały znaczenia, z jednym wyjątkiem. Najlepiej wywiązywanie się samorządu z jego zadań ocenili stażyści, którzy przyznali ocenę 3 w pięciostopniowej skali 1-5. Odpowiadający na pytania już po podniesieniu składki każdy aspekt działania izb oceniali nieznacznie niżej. Najbardziej oceniano ochronę zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie jego godności i interesów.

- To koresponduje z odpowiedziami udzielonymi na wcześniejsze pytania. Działalność samorządu nie najlepiej została oceniona tam, gdzie respondenci dostrzegają największe potrzeby - podkreśla. Badacze próbowali również dokonać analizy wpływu przynależności do

konkretnej izby okręgowej na wywiązywanie się samorządu z jego zadań, jednak niewielka liczba respondentów z niektórych izb uniemożliwiła sformułowanie obiektywnych wniosków.

CZYTANIE SIĘ OPŁACA

Część kwestionariusza dotyczący „Gazety Lekarskiej” pozwolił nam lepiej poznać naszych czytelników. Okazało się, że mężczyźni sięgają po pismo nieco częściej niż kobiety. Czytelnikami „Gazety Lekarskiej” są najczęściej osoby prowadzące prywatną praktykę lekarską (70 proc.). Najrzadziej po nią sięgali respondenci w wieku 30-39 lat i osoby pracujące w szpitalu (42 proc.). Osoby, które w ogóle nie zapoznają się z jej treścią, znacząco częściej wskazywały na potrzebę wydawania wersji online (prawie 78 proc.) w odróżnieniu od tych, którzy znają jej treść (47 proc.). - Istnieje wyraźny związek między oceną funkcjonowania izb lekarskich a opi-

nią o „Gazecie Lekarskiej”. Im wyżej oceniane jest czasopismo, tym lepiej ocenia się samorząd. Można postawić hipotezę, że dzięki regularnej lekturze czytelniczy

więcej wiedzą o izbach, co przekłada się na lepszą opinię o ich działalności. Wynik wydaje się intuicyjny, ale został statystycznie potwierdzony ($r=0.514$). Zaryzykuję opinię, że w celu poprawy opinii o samorządzie warto intensywniej zachęcać do sięgania po „Gazetę Lekarską” - mówi Białoszewski.

CO DALEJ?

Współautor badania podkreśla, że w przyszłości warto pójść o krok dalej i przeprowadzić wywiady telefoniczne z grupą lekarzy i lekarzy dentystów, którzy niechętnie wypełniają kwestionariusze internetowe, a także uzupełnić badanie o grupy fokusowe i wywiady indywidualne. - Dzięki temu będzie można jeszcze lepiej poznać opinie panujące w całym środowisku - wyjaśnia. Jego zdaniem badanie okazało się sukcesem, dostarczając cennych informacji o oczekiwaniach wobec samorządu. - Przeprowadzenie kolejnych badań z udziałem szerszej reprezentacji członków izb umożliwi jeszcze lepsze zrozumienie ich indywidualnych potrzeb. Dzięki temu będzie można skuteczniej odpowiadać na realne wyzwania i oczekiwania lekarzy i lekarzy dentystów, co przyczyni się do poprawy jakości funkcjonowania izb lekarskich i pomoże w zaspokojeniu potrzeb środowiska - dodaje. ■■■

**By poprawić
opinię
o samorządzie,
warto
intensywniej
zachęcać
do czytania
„Gazety
Lekarskiej”**

KOMENTARZ



Klaudiusz Komor

wiceprezes NRL

Rozpoczynając tę kadencję, zgodnie z ideą „samorządu przyszłości”, czyli samorządu, który ma być bliższy oczekiwaniom lekarzy i lekarzy dentystów, chcieliśmy przede wszystkim poznać i zrozumieć oczekiwania naszych koleżanek i kolegów względem izb lekarskich. Cieszę się, że duża liczba lekarzy i lekarzy dentystów zdecydowała się na udział w badaniu. Jak widać z wyników,

ankietowani oczekują od samorządu przede wszystkim podejmowania działań na rzecz ochrony praw lekarza i szybkiej reakcji na hejt. Te kwestie od początku obecnej kadencji uważamy zatem za kluczowe. Pokrywają się one z naszą aktywnością m.in. w zakresie intensywnej walki o wprowadzenie systemu *no fault* czy zniesienie obowiązku określania stopnia refundacji na receptach. Widać, że środowisko lekarskie zdaje sobie sprawę, że za ratowanie życia i zdrowia pacjentów w przypadku niepowodzenia istnieje zagrożenie nawet karą więzienia w obecnym systemie prawnym, i oczekuje zmian w tym zakresie.

Wyniki potwierdzają wyraźny związek między oceną funkcjonowania izb lekarskich a oceną „Gazety Lekarskiej”. Ten,

kto ją czyta, lepiej ocenia samorząd. Zmiany związane z jej dystrybucją wychodzą naprzeciw oczekiwaniom osób aktywnie korzystających z urządzeń mobilnych. Mam nadzieję, że po wprowadzeniu możliwości wyboru wersji papierowej lub elektronicznej jeszcze wzrośnie liczba czytelników. Z pewnym zaskoczeniem przyjmuję fakt, że stosunkowo rzadko jako priorytet działalności izb wskazywano działania na rzecz integracji środowiska, ale być może jest to znak zmieniających się czasów. W trakcie rozsyłania ankiety pojawiły się pewne problemy związane z brakiem części adresów e-mail. Przy tej okazji apeluję do koleżanek i kolegów o systematyczną aktualizację swoich danych w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

JAK BADAĆ BEZDECH SENNY W ŁÓŻKU PACJENTA

Clebre to tanie i proste urządzenie do badania bezdechu sennego, które zbiera realne dane wśród dużych grup pacjentów. Jury konkursu Huawei Startup Challenge uznało Clebre za najlepszy polski start-up.

Kwietniową kawę pijemy z dr. hab. Wojciechem Kukwą, laryngologiem i twórcą Clebre, wybranego najlepszym polskim start-upem z zakresu ochrony zdrowia w trzeciej edycji konkursu Huawei Startup Challenge, w którym nagradzani są twórcy technologii pozytywnego wpływu. Clebre – osobisty system do diagnostyki i terapii zaburzeń snu i oddychania, został uznany za projekt, który w najbardziej nowatorski sposób wykorzystuje nowoczesne technologie na rzecz poprawy kondycji fizycznej i psychicznej.

Umawiamy się w piątek o godz. 9 – złąpać Wojtka nie jest łatwo. Swój czas dzieli między blok operacyjny, konsultowanie pacjentów i prace badawcze. Clebre to projekt, w którym Wojtek odpowiada za kwestie medyczne. – Nie próbuję udawać biznesmena, bo byłoby to nieuczciwe wobec inwestorów. Ja nie zastąpię specjalistów od rozwoju biznesu, a oni mnie w pracy nad medyczną częścią przedsięwzięcia – tłumaczy.

Nasz bohater od początku kariery zawodowej, czyli od ponad 20 lat, od strony badawczo-naukowej zajmuje się zaburzeniami oddychania podczas snu. – Nieprawidłowe oddychanie jest jedną z głównych przyczyn, dla których nie śpimy prawidłowo. Sen nie jest tak głęboki, skonsolidowany i regeneracyjny jak powinien. Firma Deloitte i Uniwersytet Harvarda zbadali wpływ zaburzeń oddychania podczas snu



na ekonomię, m.in. na budżety firm transportowych w USA, a ściślej koszty wypadków komunikacyjnych, do których dochodzi z powodu niewyspania. Kierowcy zawodowi często prowadzą siedzący tryb życia, jedzą niezdrowo i śpią w dziwnych warunkach. Dlatego w USA kierowca zawodowy z bezdechami musi zacząć się leczyć, by utrzymać uprawnienia – tłumaczy. Na problem zwrócono uwagę także w Polsce. Od 2015 r. w badaniu na prawo jazdy trzeba uwzględnić pytanie o bezdechy senne.

– W 2008 r. w ramach Fundacji Zdrowy Sen i pod patronatem WOŚP przeprowadziliśmy badanie ankietowe na temat snu wśród dzieci z I klas podstawówek. Łącznie zebraliśmy prawie 6 tys. ankiet, które wypełniali rodzice, i opublikowaliśmy badania ze współautorami z USA. W przypadku bezdechów urządzenia diagnostyczne, czyli



Jakub Chwiećko
pediatra,
lider Grupy ds. Startupów NIL IN

polisomnografia i poligrafie, są badaniami drogimi i trudno dostępnymi. Pomyślałem, że przydałoby się tanie i proste urządzenie, które nie będzie pełną polisomnografią, ale będzie w stanie zbierać wiarygodne dane w sposób powtarzalny. I że pozwoli monitorować chorobę, a nie jedynie punktowo ją zbadać – mówi.

W 2016 r. powstał pomysł i projekt urządzenia. Pierwotnie w zespole był też Maciej Migacz – programista, a także inżynier biomedyczny – Marcel Młyńczak. Zaczęli garażowo, od bezprzewodowego mikrofonu mocowanego na szyi. – Mogę długo mówić na temat tego, dlaczego z perspektywy zbierania danych szyja jest lepsza od nadgarstka – opowiada innowator. Twórcy Clebre zaczęli od patentu, bo ktoś ich przestrzegł: „Najpierw zgłoszenie patentowe, potem pierwsza publikacja”. Po opublikowaniu pierwszego badania na temat rejestrowania zaburzeń oddychania, twórcy Clebre zaczęli szukać finansowania. Od 2019 r. znaleźli się w szybkiej ścieżce dofinansowania NCBIR na 5,2 mln zł. – Teraz ją kończymy i składamy finalny raport. Sytuacja nieco się skomplikowała, ponieważ mieliśmy w szybką ścieżkę wpisany kamień milowy w postaci medycznej certyfikacji – CE. W międzyczasie zmieniło się prawo, a wcześniejszą dyrektywę (MDD) zastąpiła regulacja (MDR), sama procedura rejestracji się wydłużyła i stała bardzo kosztowna – tłumaczy Wojtek.

Skromny start-up zamienił się w przedsiębiorstwo z działem data science i specjalistami odpowiedzialnymi za software. Dziś urządzenie Clebre to bezprzewodowy czujnik, zbierający i analizujący dźwięki oddychania, czynność serca, aktywność ruchową oraz pozycję ciała, połączony z aplikacją mobilną i chmurą obliczeniową. Mamy nadzieję, że już wkrótce będzie dostępny na rynku.

Staranne podejście do danych medycznych TO INWESTYCJA W PRZYSZŁOŚĆ

Dane medyczne nabrały realnej wartości jako bezcenne dane źródłowe dla wielu rozwiązań IT.



Paweł Kaźmierczyk

lider Grupy roboczej NIL IN
ds. bezpieczeństwa

Rozwój wielu innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia zależy od dostępu do wysokiej jakości danych medycznych. Cyfrowe informacje o stanie zdrowia pacjentów, wpisywane przez lekarzy w systemach gabinetowych, są kluczem do dynamicznego rozwoju algorytmów sztucznej inteligencji, przyspieszenia procesów rekrutacji do badań klinicznych czy dokładniejszego projektowania polityki publicznej w obszarze zdrowia. To także wiedza o pacjencie, którą na dzień dobry otrzyma lekarz kontynuujący jego leczenie. Poświęcenie nieco więcej uwagi wprowadzeniu danych dziś, już jutro może zwrócić się z korzyścią.

DANE MEDYCZNE – DLACZEGO TAKIE CENNE?

Potencjał danych medycznych przez wiele dekad był uśpiony w papierowej dokumentacji medycznej. Informacje utrwalone długopisem i gromadzone w przepastnych archiwach nie nadawały się do odczytu maszynowego, a ich zgromadzenie i analiza przez człowieka wiązała się z dużymi nakładami czasu i pracy. Sytuacja zmieniła się diametralnie wraz z upowszechnieniem cyfrowej dokumentacji medycznej.

Od 1 stycznia 2019 r. podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do prowadzenia wybranych typów dokumentów medycznych, np. karty informacyjnej leczenia szpitalnego, w formie cyfrowej. Kolejnym ważnym krokiem ku digitalizacji danych było rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r. ws. rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Już pierwszy jego przepis ustanawia zasadę, że wszelka dokumentacja medyczna ma być prowadzona w postaci elektronicznej (choć oczywiście od zasady tej przewidziano też wyjątki). Do tego należy dodać obowiązek raportowania zdarzeń medycznych, czyli bieżącego przesyłania części danych medycznych do systemu centralnego wraz z informacją, gdzie znajduje się pełna dokumentacja cyfrowa.

ŁATWY DOSTĘP STWARZA MOŻLIWOŚCI

Tym samym dane pacjentów powinny być już powszechnie utrwalane w formie cyfrowej, a zatem z założenia łatwe do przesłania drogą elektroniczną oraz możliwe do sprawnego odczytania i przeanalizowania przez maszyny. Praca analityczna, która jeszcze nie tak dawno temu zajmowała tygodnie, dziś może zająć kilka minut (jeśli nie mniej). Dane medyczne nabrały więc realnej wartości jako bezcenne dane źródłowe dla wielu rozwiązań IT.

Łatwy dostęp do wiarygodnych, wysokiej jakości i aktualnych danych medycznych (tzw. real-world data) – oczywiście z poszanowaniem praw

pacjenta np. poprzez dostęp do danych anonimowych – stwarza szereg możliwości. Start-upy rozwijające innowacyjne rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji wykorzystują je do uczenia i trenowania algorytmów, które już dziś ułatwiają pracę wielu lekarzom, np. poprzez predykcję stanu zdrowia pacjenta. Firmy farmaceutyczne czerpią z ich potencjału w ramach badań klinicznych i prac badawczo-rozwojowych, co przyspiesza prace nad nowymi lekami. Władze publiczne w Polsce i na świecie wykorzystują dane populacyjne do precyzyjnego kreślenia map potrzeb zdrowotnych i projektowania zmian prawnych, i innych interwencji pod kątem zdiagnozowanych, konkretnych wyzwań i problemów.

KORZYŚCI DLA LEKARZA

Beneficjentem szerszego otwarcia danych medycznych jest wreszcie sam lekarz. Po pierwsze, trafiają do niego coraz lepsze wyroby medyczne i inne narzędzia udoskonalane dzięki danym, np. elektroniczne stetoskopy, systemy przedstawiające propozycję diagnozy czy aplikacje usprawniające triaż i wstępny wywiad, tzw. symptom checker. Po drugie, inwestycja czasowa we prowadzenie pełnych, dokładnych danych może przynieść oszczędność czasu jutro – powstają np. systemy wspomagające lekarzy w wypełnianiu dokumentacji medycznej, które automatycznie uzupełniają część danych w oparciu o wyuczone schematy. Dzięki dostępowi do wysokiej jakości danych ich nauka idzie sprawniej. Pozwalają więc oszczędzić lekarzowi czas,



pomagając mu w części formalnych obowiązków.

Choć potencjał związany z wykorzystaniem danych medycznych jest ogromny, wciąż jeszcze nie potrafimy go w pełni wyzyskać. Wynika to z wielu różnych przyczyn. Wciąż jeszcze spora część danych jest trudno dostępna, bo utrwalana na papierze lub nieprzesyłana dalej, np. do rejestrów medycznych. Wyzwaniem jest interoperacyjność, czyli - w uproszczeniu - zdolność do czytania tych samych danych przez różne systemy. Część regulacji prawnych była tworzona z myślą o tradycyjnej formie dokumentów, co następcza niepotrzebnych problemów interpretacyjnych.

CO NAS CZEKA

Z uwagi na niezwykły potencjał danych medycznych oraz wciąż występujące bariery związane z jego wykorzystaniem nieprzypadkowo temat ten staje się jednym z ważniejszych kierunków polityki publicznej w obszarze ochrony zdrowia. Przyjęty pod koniec ubiegłego roku Program Rozwoju e-Zdrowia w Polsce do 2027 r. wśród pięciu strategicznych strumieni działań wyodrębnia strumień dotyczący danych. Przewiduje

on m.in., że powstanie plan rozwoju obszaru analizy danych. Obejmie analizy zarządcze, predykcje zdrowia pacjenta, analizy na potrzeby badań, rozwoju i rejestrów medycznych, analizy dla wskaźników jakości udzielanych świadczeń, w tym w zakresie poziomu jakości opieki onkologicznej. Dane będą integrowane z danymi pochodzącymi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Już w najbliższych miesiącach możemy spodziewać się pierwszych inicjatyw związanych z danymi medycznymi.

To nie koniec ważnych zmian. We wrześniu tego roku zacznie obowiązywać unijne rozporządzenie w sprawie europejskiego zarządzania danymi (Data Governance Act), które będzie bezpośrednio stosowane m.in. w Polsce. Wprowadza ono przede wszystkim nowe zasady wtórnego wykorzystywania danych gromadzonych przez podmioty publiczne, a więc m.in. część podmiotów leczniczych. W perspektywie kolejnych dwóch lat planowane jest przyjęcie na poziomie Unii Europejskiej rozporządzenia o europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia

(European Health Data Space), które będzie pierwszą kompleksową regulacją prawną poświęconą temu zagadnieniu.

W ciągu najbliższych kilkunastu miesięcy czeka nas zatem szereg zmian. Choć niekoniecznie wszystkie z nich muszą wpłynąć bezpośrednio na codzienne obowiązki lekarza, mogą znacząco przyspieszyć rozwój produktów i usług, z których lekarz będzie korzystał. W momencie pisania tego tekstu Ministerstwo Zdrowia właśnie zapowiedziało, że jeszcze w tym roku powinna powstać funkcjonalność, która lekarskim aplikacjom gabinetowym pozwoli z automatu zaciągnąć do recepty każdego pacjenta informację o właściwym poziomie refundacji.

O CZYM PAMIĘTAĆ JUŻ TERAZ

Wielkie zmiany, które możliwe są dzięki wykorzystaniu danych medycznych, zaczynają się w gabinecie lekarza. Od starannego wypełnienia dokumentacji medycznej zależy zakres i jakość danych, które będą przetwarzane w systemie. Im pełniejszy i dokładniejszy opis stanu zdrowia, tym więcej różnych faktów będzie w stanie skojarzyć i powiązać algorytm. Dalszy rozwój tego rodzaju narzędzi wydaje się nieuchronny, a to, jak bardzo będą skuteczne i ile przyniosą korzyści, zależy m.in. od tego, na jakich danych będą uczone i trenowane. Jednym z głównych beneficjentów tych zmian będzie sam lekarz, który zyska cyfrowego pomocnika m.in. w automatycznym utrwalaniu i przysyłaniu danych, przez co będzie miał więcej czasu na coś, w czym dziś nie zastąpi go żaden algorytm - na zaopiekowanie się pacjentem.

DR PAWEŁ KAŻMIERCZYK

Senior Associate/Praktyka Life Sciences kancelarii DZP

Prawnik specjalizujący się w prawie medycznym, farmaceutycznym i regulacyjnym oraz specjalista ds. public relations. Doświadczenie zdobywał w organizacjach pozarządowych działających na rzecz wspierania przedsiębiorczości oraz kształtowania regulacji prawnych przyjaznych dla obywateli i biznesu. Jest zaangażowany w projekty realizowane przez fundację Telemedycznej Grupy Roboczej, Radę ds. Interoperacyjności przy Centrum E-Zdrowia, Koalicję AI w zdrowiu. Koordynuje merytoryczne prace nad projektem kodeksu postępowania dla sektora ochrony zdrowia.

Termograficzny dron NA WOJNIE Z RAKIEM PIERSI

Braster to innowacyjne urządzenie medyczne, które pozwala pacjentce na samobadanie piersi w zaciszu własnego domu. Polski wynalazek kilka lat temu wyprzedził swój czas.

Dariusz Karolak lekarz

Według najnowszej publikacji „Breast Cancer Statistics” zamieszczonej w „A Cancer Journal for Clinicians”, średnio jedna na osiem obecnie żyjących kobiet zachoruje na raka piersi. Chorują coraz młodsze kobiety: nawet jedna trzecia-jedna czwarta chorych ma mniej niż 50 lat. To czyni raka piersi pierwszą chorobą onkologiczną, którą w zasadzie można nazwać chorobą cywilizacyjną. Dlatego tak istotny staje się powszechny dostęp do badań profilaktycznych, najlepiej takich, które można wykonać we własnym domu.

W wydany w marcu 2023 r. oświadczeniu amerykańska Food and Drug Agency (FDA) zwróciła uwagę, że mammografia nie jest wystarczająco skutecznym narzędziem w diagnostyce raka piersi u kobiet z wysoką gęstością piersi i wymaga wsparcia w tej grupie kobiet. Odpowiedzią na tę potrzebę wydaje się urządzenie termograficzne Braster – wynalazek polskich naukowców.

Braster powstał w 2008 r., na długo zanim start-upowy biznes rozkręcił się na dobre. Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością Braster założyli polscy naukowcy z Wojskowej Akademii Technicznej (WAT), którzy wiedząc o ciekłych kryształach organicznych postanowili przekuć w wynalazek ratujący życie – urządzenie, które będzie przesiewowo badać piersi, wykorzystując termografię kontaktową (KT).

Po opracowaniu mieszanin ciekłych kryształów oraz sposobu ich nakładania zaprojektowano fabrykę o maksymalnej

wydajności 0,5 mln kompletów matryc rocznie. Urządzenia do linii technologicznej trzeba było zaprojektować samodzielnie, bo nie było gotowych, które spełniałyby wymagania produkcji. We współpracy międzynarodowej powstał projekt estetycznego i łatwego w użyciu urządzenia wyposażonego w kamerę oraz zestaw trzech matryc ciekłokrystalicznych, montowanych w trakcie badania według wskazań aplikacji mobilnej. Obrazy interpretowane są przez ekspertów z wykorzystaniem autorskich algorytmów sztucznej inteligencji pod kątem wykrywania asymetrii termicznych.

Projekt Braster składa się z urządzenia Braster, algorytmu sztucznej inteligencji stosowanego w ocenie obrazów termograficznych i systemu telemedycznego z aplikacją na telefon, który łączy użytkownika z lekarzami i ekspertami. Urządzenie jest łatwym i bezpiecznym w zastosowaniu, a także tanim narzędziem do diagnozowania podejrzanych zmian w piersiach. Już teraz może być wartościowym uzupełnieniem dotychczas stosowanych metod diagnostycznych.

Jego twórcy opracowali propozycję umieszczenia go na ścieżce diagnostycznej. Zakłada ona, że badanie Braster będzie wykonywane co 3-4 miesiące przez samą pacjentkę lub przez pielęgniarkę w POZ w okresach interwałowych pomiędzy standardową diagnostyką zmian w piersiach: USG u kobiet

**Czy Polacy
docenią swoje
wynalazki
i wspomogą
polskie
rozwiązania
technologiczne?**

z wysoką gęstością piersi i MMG u kobiet z niską gęstością piersi Braster (+) wcześniejsza niż w planowanym interwale kontrola radiologiczna.

Odpowiednie zastosowanie algorytmów sztucznej inteligencji w analizie obrazów termograficznych umożliwia stworzenie „mapy termograficznej piersi” dla każdej

indywidualnej pacjentki, która to mapa jest jak odcisk palca. Przy regularnym stosowaniu urządzenia przez kobietę, nowe, dodatkowe źródło ciepła w piersi zostanie wychwycone, a pacjentka będzie przekazana do dalszej diagnostyki. Źródłem fali ciepła w piersi jest zmiana nowotworowa i związany z nią proces neoangiogenezy i wzrostu metabolizmu chorej tkanki lub zmiana zapalna.

W serii artykułów NIL Innovation Network chcemy pokazać, jak realizować start-up od pomysłu do wdrożenia i na błędach innych uczyć, jak takich unikać. A w historii Brastera jest takich całkiem sporo.

Braster przeszedł całą drogę od pomysłu do przemysłowego wdrożenia produktu. Przez pierwsze lata wspierany był przez należącą dzisiaj do grupy Agencji Rozwoju Przemysłu (ARP) Fundację Centrum Innowacji FIRE. FIRE inkubowała projekt, pomogła go przygotować i pozyskać dofinansowanie na badania przemysłowe, prace badawcze oraz na wdrożenia w łącznej kwocie 6 mln zł. Po zrealizowaniu pierwszego kamienia

milowego w 2011 r. Braster pozyskał nowych inwestorów i przekształcił się w spółkę akcyjną.

Następnie w Pre-IPO (niepublicznej emisji akcji skierowanej do inwestorów prywatnych, która ma poprzedzać emisję publiczną) pozyskał ponad 10 mln zł, a w grudniu 2012 r. zadebiutował na New Connect. Od czerwca 2015 r. notowany jest natomiast na Giełdzie Papierów Wartościowych (GPW).

Pionierskie przedsięwzięcie o globalnym zasięgu wiązało się z licznymi ryzykami. Środki z Pre-IPO okazały się daleko niewystraczające, gdyż projekt trwał znacznie dłużej i finalnie przyjął formę dużo bardziej skomplikowaną, niż pierwotnie zakładano.

Nie uniknięto też poważnych błędów natury finansowej, takich jak finansowanie się wysoko oprocentowanym długiem, zanim rozpoczęła się sprzedaż, brak zrolowania długu na kapitał w sytuacji, gdy zakładana sprzedaż dramatycznie rozjechała się z przychodami ze sprzedaży „in minus”, brak kontroli kosztów i zbyt optymistyczne prognozy sprzedaży w kraju i za granicą.

Wśród błędów natury organizacyjnej autorzy Brastera wymieniają brak we władzach spółki osób z wykształceniem medycznym obeznanych z mechanizmami rynku kapitałowego, zbyt małe zaangażowanie środowiska medycznego, szczególnie key opinion leaderów, w rozwój technologii i urządzenia, a także brak rozpoznania zachowań prozdrowotnych w populacji (Polki niechętnie korzystają z badań profilaktycznych).

Okazało się, że Braster stworzył produkt wyprzedzający swój czas, między innymi dlatego że w zakresie zastosowania algorytmu sztucznej inteligencji i całkowicie innowacyjnej techniki oceny piersi był zbyt innowacyjny i do tej pory nie do końca jest rozumiany przez lekarzy.

Europa pomysł Brastera podchwyciła dopiero niedawno. W wielu miejscach właśnie rozpoczęto prace i badania nad termografią jako metodą diagnostyczną raka piersi. W 2023 r. ruszył trzyletni

Francuzi próbują pracować nad metodą, która w Polsce jest już opracowana

projekt finansowany ze środków Horizon pod nazwą ThermoBreast, w którym uczestniczyć będzie 10 krajów pod przewodnictwem francusko-izraelskiego konsorcjum. Czyli de facto Francuzi próbują pracować nad metodą, która w Polsce jest już opracowana, sprawdzona i gotowa do użycia, a urzą-

dzenia są produkowane. W dodatku konsorcjum dostało na projekt aż ... 11 mln euro!

Wobec powyższych faktów, mimo licznych błędów, historia pokazuje, że w Polsce mogą powstawać innowacyjne rozwiązania w medycynie. Oczywiście jak w przypadku omawianego Brastera na końcu powstają pytania:

Czy Polacy docenią swoje wynalazki i wspomogą polskie rozwiązania technologiczne? Czy (jak często się dzieje) będziemy adaptować znacznie później wynalazki z Europy Zachodniej, po tym jak pogrzebiemy własny gotowy projekt, który wyprzedził o kilka lat swoją epokę?



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

OLSZTYN, 1-4 CZERWCA 2023 R.

XI Kongres Polonii Medycznej to okazja do spotkania lekarzy pracujących w Polsce z medykami praktykującymi za granicą, porównania ścieżki zawodowej w różnych krajach i możliwości rozwoju naukowego.

– Pragniemy stworzyć przestrzeń do wymiany wiedzy i doświadczeń oraz podtrzymywania więzi lekarzy i naukowców identyfikujących się z polską kulturą i językiem – zapewniają organizatorzy wydarzenia, które odbędzie się w Olsztynie od 1 do 4 czerwca 2023 r.

Polscy lekarze, którzy dawno wyemigrowali, ich dzieci, a także ci, którzy niedawno skorzystali z przywileju swobody przepływu kadr w Unii Europejskiej, tworzą pokątną grupę. Motywacje opuszczających kraj w poszczególnych latach były różne, inne były możliwości rozwoju, podejmowania badań naukowych czy uzyskiwania specjalizacji. Stowarzyszenie Wspólnota Polska szacuje, że jest ich ponad 20 tysięcy. Szczególnie duże skupiska Polonii medycznej znajdują się w Ameryce Północnej, Europie Zachodniej oraz na zachodnich terenach byłego ZSRR. Wielu regularnie odwiedza Polskę. Niektórzy wracają i otwierają praktyki lekarskie w kraju. Z Polski do krajów zachodnich

na stypendia i staże wyjechały tysiące lekarzy, a medycy w Polsce pomagają rodakom ze Wschodu, m.in. realizując wspólne projekty badawcze. W 1991 r. Naczelna Izba Lekarska utworzyła Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną, obecnie działający w strukturach Ośrodka Współpracy Zagranicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

Światowe Zjazdy Lekarzy Polskich tradycyjnie odbywają się co trzy lata. Przygotowania do bieżącego oraz analiza poprzednich edycji nasuwają refleksje, jak mogłaby wyglądać kontynuacja tej tradycji w przyszłości. Być może należałoby zrewidować dotychczasową formułę? Już w trakcie przygotowań staraliśmy się odświeżyć koncepcję, aby zainteresować wydarzeniem więcej młodych lekarzy i studentów, odpowiadając na potrzeby tej grupy wiekowej. Oprócz zapowiadanych już na łamach „Gazety Lekarskiej” warsztatów dla młodych naukowców prof. Zbigniewa Wszołka NRL przygotowuje dla młodych lekarzy sesję z zaangażowaniem

Ośrodka Współpracy Zagranicznej oraz Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL.

Ufam, że spotkanie w Olsztynie posłuży jako platforma do merytorycznej dyskusji i pomoże w budowaniu pomostów po to, aby podtrzymać kontakt rodzimej branży medycznej z koleżankami i kolegami po fachu, którzy wyemigrowali, oraz aby ten kontakt rozwijał się z korzyścią dla rozwoju medycyny, a przez to służył naszym pacjentom.

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

<https://swiatowyzjazdlekarzypolskich.org>



IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich
XI Kongres Polonii Medycznej

1-4 czerwca 2023

Olsztyn



WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCyny – LEKARSKIE MARZENIA TEŻ CZASEM SIĘ SPEŁNIAJĄ

Tematem przewodnim tegorocznego Światowego Zjazdu Lekarzy Polskich są wyzwania współczesnej medycyny.

Z pewnością wszystkich wyzwań nie sposób przedyskutować czy choćby wspomnieć na jednej konferencji, niemniej chciałbym w imieniu Komitetu Naukowego Zjazdu zainteresować czytelników kilkoma zagadnieniami, które będą obecne podczas wydarzenia.

Z powodu mojego osobistego zaangażowania od ponad 25 lat w leczenie chorób nowotworowych, będących jednym z największych wyzwań medycyny w krajach rozwiniętych, a w naszym kraju wyzwaniem wyjątkowym, skupię się na sesjach poświęconych onkologii.

Polska należy do najszybciej rozwijających się gospodarczo krajów UE i dawnej Europy Środkowo-Wschodniej, co wiąże się ze wzrastającym ryzykiem zachorowania na nowotwory złośliwe. Rosnąca długość życia Polaków (na szczęście ponownie, po pandemii COVID-19), epidemia nadwagi i otyłości (szczególnie niepokojąca wśród dzieci i młodzieży), nadal wysoki odsetek palaczy w populacji (wśród kobiet zjawisko bardzo niepojęte) spowodują, że w najbliższej dekadzie w Polsce należy się spodziewać szybkiego wzrostu zachorowalności na nowotwory, która do tej pory była niższa niż średnia w UE. Dodatkowo, mimo stosunkowo niskiej zachorowalności w ostatnich dwóch dekadach umieralność na nowotwory złośliwe była wyższa od średniej unijnej!

Przyczyn jest wiele. Za najważniejsze uznałbym niski poziom edukacji zdrowotnej, którego wynikiem jest m.in. zbyt niska zgłaszalność na bezpłatne badania przesiewowe (tj. cytologia, mammografia i kolonoskopia). Dodatkowo, tzw. zdrowy styl życia, który chroni albo zmniejsza ryzyko zachorowania na wiele nowotworów (utrzymywanie prawidłowej masy ciała i związana z nim zbilansowana, bogata w błonnik i tłuszcze roślinne dieta oraz regularna aktywność fizyczna), jest dla większości społeczeństwa czystą teorią albo w ogóle brakuje mu jego świadomości. Większość pacjentów zgłasza się do nas zbyt późno, gdy choroba nowotworowa jest już poza możliwościami tzw. radykalnego leczenia. Bywa, że liczne schorzenia współistniejące uniemożliwiają optymalną i efektywną

terapię. Do tego wszystkiego system opieki onkologicznej w Polsce nie był i nie jest przyjazny dla pacjenta. Pomimo że w ostatniej dekadzie znacznie wzrósł poziom finansowania diagnostyki i leczenia w zakresie nowoczesnych metod leczenia nowotworów, to w systemie nadal występują liczne przeszkody, czyli „wąskie gardła”. Pomimo wprowadzenia tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej pacjenci ciągle zbyt długo czekają na wyniki badania histopatologicznego, bardzo utrudniony jest dostęp do nowoczesnej diagnostyki molekularnej. Chirurgiczne zabiegi onkologiczne są często wykonywane w ośrodkach o zbyt małym doświadczeniu, co skutkuje niewłaściwym rozpoczęciem procesu leczenia skojarzonego w onkologii. A jak się źle zaczyna, to trudno to potem naprawić. Dla mnie jako nauczyciela akademickiego szczególnie niepokojący jest brak wyboru przez absolwentów kierunku lekarskiego specjalizacji onkologicznych. Dla przykładu podam, że w jednej z ostatnich sesji naboru na radioterapię onkologiczną na 60 miejsc zgłosiły się dwie osoby.

Jak w kontekście wyzwań współczesnej onkologii w Polsce wygląda program naszej konferencji? Postaramy się zaprezentować najnowsze osiągnięcia minimalnie inwazyjnej chirurgii i radiochirurgii, które stanowią o największym postępie w onkologii w zakresie leczenia miejscowego. Zaplanowaliśmy też sesję o immuno-onkologii, która stanowi milowy krok w leczeniu systemowym w ostatnich latach. O nowoczesnych metodach chirurgii mówić będą wybitni specjaliści, którzy od lat są pionierami tych metod w chirurgii onkologicznej i urologii onkologicznej w Polsce – dr hab. Dariusz Zadrozny, prof. UWM, i prof. Marek Roslan.

Po raz pierwszy w Polsce z wykładem wystąpi pionier i wizjoner radiochirurgii prof. John Adler ze Stanford University. Radiochirurgia to rodzaj radioterapii, która umożliwia całkowicie nieinwazyjne dla chorego (bez kraniotomii) skuteczne leczenie zmian nowotworowych (przerzuty do mózgu, nerwiaki nerwu VIII, oponiaki i inne rzadsze guzy), a także leczenie neuropatii nerwów czaszkowych, padaczki lekoopornej, płasawicy lub choroby Parkinsona. Prof. Adler był uczniem neurochirurga dr. Larša Leksella, który doprowadził do powstania

prototypowego urządzenia do radiochirurgii – GammaKnife. Prof. Adler był z kolei ojcem CyberKnife, który jest dziś dostępny w kilku ośrodkach w Polsce i umożliwia nieinwazyjne leczenie za pomocą radiochirurgii zmian nowotworowych i innych, również poza mózgiem. Najnowsze urządzenie do radiochirurgii, którego pomysłodawcą jest prof. Adler, to żyroskopowy system ZAP-X, którego pierwsza instalacja w Polsce miała miejsce w Olsztynie, w szpitalu uniwersyteckim USK.

Immuno-onkologia doczekała się wdrożenia skutecznych metod leczenia nowotworów w ostatnich latach dzięki przełomowym odkryciom mechanizmów i zidentyfikowaniu cząsteczek biorących udział w regulacji odpowiedzi komórkowej przeciwko komórkom rakowym (tzw. inhibitorów punktów kontrolnych). Za odkrycie tych mechanizmów w 2018 r. dwóch uczonych – prof. Allison z USA i prof. Honjo z Japonii – otrzymało Nagrodę Nobla z medycyny i fizjologii. O najnowszych badaniach w tej dziedzinie opowiedzą wybitni i wiodący naukowcy – Polacy od wielu lat pracujący w USA – prof. Teresa Whiteside, prof. Paweł Kalinski oraz prof. Marcin Kortylewski.

Z ostatnim z kolegów – prof. Marcinem Kortylewskim – prawie 30 lat temu rozpoczynaliśmy wspólnie pracę w Zakładzie Immunologii Nowotworów w Wielkopolskim Centrum Onkologii w Poznaniu, kierowanym przez prof. Andrzeja Mackiewicza, próbując dokonać „przełomu” w immunologii nowotworów.

Tym bardziej będzie mi miło gościć Marcina i jego wybitnych kolegów z USA na konferencji w Olsztynie po tak długim czasie – ze świadomością, że ich działania naukowe zdecydowanie nie poszły na marne, a ja jako lekarz praktyk i inni onkolodzy w Polsce stosujemy z powodzeniem obie najnowocześniejsze metody współczesnej onkologii (radiochirurgia i immunoterapia), o których wcześniej marzyliśmy jako młodzi naukowcy.

Serdecznie zapraszam do Olsztyna na Światowy Zjazd Lekarzy Polskich.

Prof. **Sergiusz Nawrocki**,
kierownik Katedry Onkologii i Kliniki
Radioterapii UWM, prorektor CM UWM w Olsztynie

ZATRZYMAJ SIĘ

**Jakub Sieczko**

anestezjolog

Zapomnijcie o badaniach randomizowanych – tych zaślepionych i tych nie. Wyrzucicie Pubmed z zakładek swoich przeglądarek, nie zaglądajcie do wytycznych, rekomendacji i zaleceń.

Niepotrzebne wam ustalenia grup ekspertów i opasłe podręczniki. Niech zupełnie nie obchodzą was najnowsze metaanalizy – te, które kończą się konkluzją, że sprawa wymaga dalszego zbadania (tych jest, wydaje mi się, więcej) i te bardziej jednoznaczne.

Jeśli chcecie być dużo lepszymi lekarzami bądź lekarkami, porzućcie medycynę opartą na dowodach naukowych.

Nie – nie na zawsze. Porzućcie ją na dwa dni i zamiast czytać ostatni numer „Medycyny Praktycznej” czy „British Medical Journal”, sięgnijcie po książkę Mateusza Pakuły „Jak nie zabiłem swojego ojca i jak bardzo tego żałuję”, wydaną w 2021 r. nakładem wydawnictwa Nisza. Dwieście dwadzieścia stron, całkiem duża czcionka. Przebrnęliście przez „Anatomię” Bochenka i „Interne” Szczeklika – z Pakułą dacie sobie radę w dwa dni.

Może poczuliście się dotknięci

PORZUĆCIE EVIDENCE BASED MEDICINE

słowami Jarosława Kaczyńskiego. Stwierdził on, że lekarze i lekarki zarabiają od 70 do 120 tys. zł miesięcznie, a i tak każą czekać „na zydłu” w szpitalnym oddziale ratunkowym pacjentom z ciężką sepsą. Dodał też, że „pandemia miała efekt dezintegrujący służbę zdrowia i to jest nieprzyjemne zaskoczenie” (nie bar-

”

**Czemu to tak
musi się odbywać,
przemocowo,
koleżanki
i koledzy?**

dzo rozumiem, o co chodzi w tym zdaniu, ale prawdopodobnie o to, że jesteśmy nie-fajni). Nie bierzcie tych słów Prezesa PiS do siebie. Są to opowieści na potrzeby polityczne, oparte na dowodach anegdotycznych. A jaką wartość poznawczą mają dowody anegdotyczne, to koleżanki i koledzy przecież wiedzą. Ja też wiem, bo Evidence

Based Medicine poważam i stosuję – proszę wybaczyć prowokacyjny tytuł felietonu, chciałem szanownych po prostu na tej stronie zatrzymać.

Jeśli ktoś naszą grupę zawodową oskarża celnie, jeśli ktoś nazywa realny problem niejednego i niejednej z nas, to nie jest to Jarosław

Kaczyński, ale Mateusz Pakuła. To zamieszkały w Krakowie dramaturg i reżyser teatralny, który dwa lata temu zadebiutował prozatorsko wspomnianą przeze mnie książką. Zadebiutował, choć wolałby, żeby tego debiutu nigdy nie

było. Chciałby tej książki nie napisać, bo przecież ani nominacja do Nagrody Literackiej Gdynia, ani do nagrody im. Witolda Gombrowicza, ani wygrana Nagroda Literacka ArtRage nijak zrównoważyć nie mogą koszmaru, o którym proza Pakuły opowiada.

Na początku pierwszego rozdziału czytamy: „Zastaję tatę żółtego. Siedzi sobie w salonie cały żółty i źle się czuje. Mama na tę tatę żółtaczkę przygotowuje tacie tartę jabłuszko i zastanawia się na głos, czy jechać na SOR. Kilka dni później jest już jasne, że tata ma raka trzustki. Spory złośliwy guz siedzi trzustce na głowie i mówi: Mówcie mi Wyrok Śmierci”.

„Jak nie zabiłem swojego ojca i jak bardzo tego żałuję” to nie jest książka o poszukiwaniu cudownego rozwiązania u znachorów, o bezzasadnej nadziei. To precyzyjny, błyskotliwy, erudycyjny i poruszający dziennik opisujący, jak Marek Pakuła umiera. A w zasadzie, proszę wybaczyć dosadne stwierdzenie (zapytałem autora książki, czy będzie odpowiednie – odpisał, że owszem), rzadziej umiera, a częściej zdycha. Zdycha nieludzko.

Wiele rzeczy w tej książce jest – opowieść o relacjach rodzinnych w czasach kryzysu, trawienie dorosłego dziecka przez matkę, prośby

umierającego o to, żeby zakończyć jego cierpienie i pozwolić mu umrzeć, pandemia i doprowadzająca do łez (ale ze śmiechu – tak, będziecie się dużo śmiać, czytając tę książkę) pościć babci Natali.

Mnie jednak, jako wykonującego od trzynastu lat zawód lekarza, najbardziej zainteresowało to, jak Mateusz Pakuła opowiada o nas – pracownikach ochrony zdrowia. Nie są to opowieści wynikające z zawiści, zaprogramowanej niechęci do lekarzy czy pielęgniarek. To opis tego, jak Marka Pakułę i jego rodzinę w czasie umierania traktowali niektórzy lekarze, lekarki, pielęgniarki, ratownicy medyczni. Jak zmieniali jego umieranie w zdychanie, a życie jego rodziny z koszmaru w bezdenne koszmar. Kilka cytatów:

„Wieczorem rozmawiam z płaczącą mamą przez telefon:

– Stoję pod szpitalem i nie wiem, co robić, nie mogę tam wejść, nie chcą mnie wpuścić, ale nie jestem w stanie stąd odejść, no po prostu stoję tu, stoję i płaczę, już godzinę prawie, bez sensu, dzwonię po znajomych, czy oni się czegoś mogą dowiedzieć, bo nic nie wiem, nikt mi nic nie mówi, nikogo nie wpuszczają, nic nie mówią, nie wiem, co się dzieje, co mu się dzieje, co mu robią, czy go tu zostawiają, czy go gdzieś przewożą, no nic nie wiem. Nie jestem w stanie tu stać, ale też boję się odjechać, no nie wiem, co robić...

(...)

Moje niskie ciśnienie bardzo mi się podnosi, kiedy mama żali mi się na jutro, że ów pan i władca oddziału zadzwonił, żeby ją opierdolić. Że jak ona śmie, że ma czelność przysłać jakieś koleżanki swoich koleżanek, które pracują na innych piętrach, na bezczelne spytki! Że on sobie nie życzy!

(...)

– Nie mów mu nic, bo się będzie mścił i na tacie, i nam nic nie powie.
– Co ty gadasz, mamó...”

Ja wiem, że System. System niedomaga, w Systemie absurd absurdem

pogania, System niedofinansowany, System niewydolny, na System psioczmy, Systemem przesiąkamą, frustrujemy się. Uczymy się w nim poruszać, w końcu rezygnujemy z prób jego zmiany, a nawet zrozumienia, bo System jest jak Imperium z „Gwiezdnym Wojem” – wszechpotężny. Wiem, że rodziny chorych bywają trudne, że doktor habilitowany Stanisław Maria Google bywa niepodważalnym autorytetem, że zmęczenie, niewyspanie, kolejne absurdalne formularze do wypełnienia, a drukarka znowu się zacięła. To wszystko System, ewentualnie Polska albo Takie Czasy.

To nie System, Polska czy Czasy mówiły jednak na oddziale do Marka Pakuły, że taki z niego wielki pan architekt, a wali kupę na podłogę. To był lekarz albo lekarka. Pielęgniarka lub pielęgniarka. Salowa bądź salowy. Nie System po przywiezieniu pacjenta ze szpitala podśmiewał się z niego, że to „niezłe ziółko, po całym oddziale biegał podobno, trzeba go było ścigać, łapać...”. Zrobili to ratownicy medyczni, którzy transportowali Marka Pakułę do domu. Nie System wreszcie sprawił, że, jak pisze autor książki, jego ojciec wrócił ze szpitala „wrakiem, rozsypuje się, potrzebuje, żeby cały czas ktoś z nim był, trzymał go za rękę, tulił go, utrzymywał w całości. Chce spać, ale boi się zasnąć, boi się, że obudzi się w szpitalu”.

Z powrotem z jakich miejsc kojarzy wam się taki opis?

Nie System wreszcie powiedział do żony i syna pacjenta „Nie”, kiedy ci przyszli o umówionej godzinie, żeby czegoś dowiedzieć się o stanie zdrowia umierającego.

„– Proszę wyjść.

Ale byliśmy umówieni, powiedział mi pan, żebym przyszła w poniedziałek na jedenastą, a teraz jest właśnie...

– Nie mam czasu, proszę wyjść!”.

”

System niedomaga, w Systemie absurd absurdem pogania, na system psioczmy i frustrujemy się

Znacie? Ja znam. Niestety znam, dlatego Mateuszowi Pakule i jego opowieści wierzę, tym bardziej że pisze „Niektórzy lekarze spisują się wspólnie, naprawdę”. Słyszałem te chamskie, nieludzkie zdania wypowiedziane do przepraszających, że w ogóle żyją, rodzin pukających do szpitalnych dyżurek. Widziałem opisywane scenki traktowania chorego jak worek kartofli, gdy pracowałem w zespołach ratownictwa medycznego. Często,

szczególnie na początku drogi zawodowej, wtedy milczałem, a milczenie równa się wypowiedzeniu zdania „To, co robisz, jest w porządku – akceptuję to”. Nie było. Nie akceptowałem.

Znacie pewnie też tę sytuację: spotykacie się z niemedycznym znajomym i macie ochotę porozmawiać absolutnie o wszystkim, tylko nie o waszej pracy. Dostajecie w zamian historię o tym, jak tenże znajomy został kilka dni temu chamsko potraktowany na SOR, w przychodni czy na szpitalnym oddziale. Pokornie słuchacie, bo już nauczyliście się, że to część lekarskiego losu – wysłuchiwać narzekań na całe zło polskiej ochrony zdrowia. Nauczyliście się też tego, że czasem musicie wstydzić się za zachowanie innych pracujących w tym systemie.

„Tata szlocha: Czuję się jak szmata, Mateusz, czuję się jak kawał brudnej, śmierdzącej szmaty. Czemu taka agresja, taka przemoc?

– Ktoś ci tam robił krzywdę, tato? – szlocham razem z nim.

– Nikt nic nie tłumaczy, tylko na siłę. I tymi pasami. Tak mnie upokarzali, takie upodlenie, taka pogarda, nie mogę zrozumieć tego, czemu to tak musi się odbywać, przemocowo”.

Czemu to tak musi się odbywać, przemocowo, koleżanki i koledzy? ■■■

Napisz do autora:

Sieczko.gazetalekarska@gmail.com



Obraz: Joseph Karl Stieler, „Portret Ludwika van Beethovena”, 1820
kolekcja prywatna

BŁĄD MALARSKI

Na wątrobie

Jeśli sukces mierzyć obecnością czyjegoś dzieła zarówno w największych światowych filharmoniach, jak i na parze skarpet, to Ludwik van Beethoven osiągnął sukces totalny. Z jego muzyką zetknął się chyba każdy – czy to na koncercie, czy czekając na rozmowę z konsultantem w rytm niekończących się tonów „Dla Elizy”. Twarz kompozytora też brzmi znajomo, a to za sprawą jednego portretu.



Agata Morka
doktor historii sztuki

Joseph Karl Stieler to ponoć jedyny malarz, dla którego kompozytor pozował. Ale nie wysiedział. Po kilku sesjach Beethoven, któremu nie w smak było bezczynne pozowanie, odmówił dalszej współpracy i malarz musiał dokończyć portret z pamięci. Pod pędzlem Stielerza Beethoven jest artystą aktywnym, uchwyconym w akcie tworzenia.

Czerwony fular podtrzymuje postawiony biały kołnierz koszuli, wydobywając twarz kompozytora z tła. Oczy utkwione są gdzieś poza ramą obrazu, sugerują ogromne skupienie. Jest w tym obrazie jakaś niezwykła witalność, nie widać po portretowanym żadnych oznak niedomagań zdrowotnych.

A przecież Beethoven był człowiekiem schorowanym. Zmarł w wieku zaledwie 57 lat, a już jako 32-latek sporządził testament, skarżąc się na postępującą głuchotę, która doprowadzała go do rozpacz. Beethoven przez całe życie cierpiał również na poważne problemy żołądkowo-jelitowe. Zazwyczaj

przypisywano je jego pociągowi do alkoholu (na te insynuacje był bardzo wyczulony). Tymczasem najnowsze badania naukowców z Cambridge, oparte na analizie włosów artysty, ujawniły, że jedną z przyczyn dolegliwości Beethovena było wirusowe zapalenie wątroby typu B.

Cokolwiek Beethoven miał na wątrobie, co popychało go niemal do prób samobójczych, nie znalazło odbicia w portrecie Stielerza. Malarz uwiecznił go jako pełnego rozmachu, zachwycającego Mistrza. I w takim wydaniu przeszedł do masowej kultury, tym samym natchnionym wzrokiem patrząc na nas z obrazów Warhola, plakatów koncertowych i grających kubków.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 04/2023

1. Dodanie wyraźniejszych rysów twarzy kobiecie.

W miarę jak postępowały kłopoty ze wzrokiem Degas coraz mniejszą wagę przykładał do precyzyjnego oddania rysów postaci.

2. Usunięcie faktury uzyskanej przez kreskowanie pastelami na udzie, zamiast tego dodanie gładkiej płaszczyzny skóry.

Wraz z postępującą chorobą Degas zmienia medium: farby olejne zastępuje

pastelami, które w kontekście niedowidzenia są łatwiejsze w użyciu.

3. Wyostrenie obrazu na ścianie, tak by widać było na nim pejzaż.

Na przełomie wieków obrazy Degasa stają się niemalże abstrakcyjne, artysta ledwo sugeruje kształty bez nadawania im konkretnych cech.

4. Zmniejszenie płaszczyzny cieniowania na plecach.

Późne prace Degasa charakteryzuje dość odważne, jeśli nie niezręczne, użycie rozległych plam światłocieni.



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

NAGRODZENI „GL” 04/2023:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Adrian Undziakiewicz z Lublina. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Joanna Szatkowska (Gorzów Wielkopolski), Ewa Gacoń (Warszawa), Monika Grobelna (Szczecinek).



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarzski@gazetalekarska.pl do 17 maja 2023 r.

W temacie maila należy wpisać GL05 oraz podać dane do kontaktu

(imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

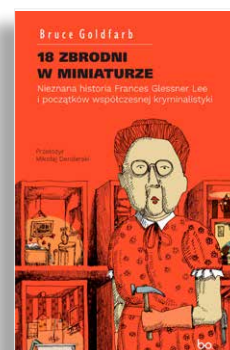
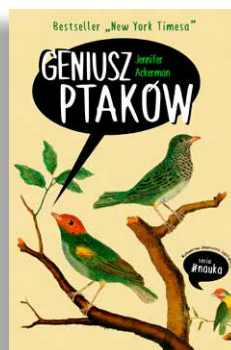
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl


Jarosław Wanecki

pediatra, felietonista

KTO SIĘ BOI WIRGINII WOOLF?

Sztuka Edwarda Albeego mimo upływu lat cieszy się wielkim powodzeniem. Nagroda Nowojorskiego Koła Krytyków Dramatycznych z 1963 r. była tylko przegrywką do dzieł premier w Ameryce i Europie. Ukoronowaniem sukcesu stała się hollywoodzka adaptacja filmowa z gwiazdorską obsadą: Richarda Burtona, Elizabeth Taylor, George'a Segala i Sandy Dennis. Spektakl chętnie grywają polskie sceny. Najnowsza realizacja w Teatrze Ochoty jest warta szczególnego polecenia, głównie z powodu odgrywania starych ról przez młode pokolenie.

Pierwszy raz disneyowską piosenkę o trzech świnkach, w której wilka zastępuje nazwisko angielskiej pisarki i feministki literatury modernistycznej XX w., usłyszałem w Zakopanem.

Był rok 2002. Należałem do nowego pokolenia lekarzy samorządowców. Kończyłem pierwszą kadencję w Krajowej Komisji Wyborczej. Nieustannie toczyliśmy spór o sens izbowych okręgów i próby poprawy frekwencji podczas głosowania. Tymczasem afisz Teatru Witkacego na Chramcówkach

zapraszał na spotkanie dwóch par w różnym wieku, które podczas wspólnej kolacji odegrają psychodramę wypełnioną wzajemnymi oskarżeniami. Kontekst? Nie sądzę. Raczej odkrycie, jak w skondensowanym tekście można

pokazać aż tyle ludzkich lęków. Aktorskie mistrzostwo zapewnili: Dorota Ficoń, Adrianna Jerzmanowska, Andrzej Bienias i Krzysztof Łakomik.

Nie powinno więc dziwić, że chętnie wybrałem się do Teatru Polonia. Był rok 2016. Druga kadencja prezesury w izbie płockiej, stałe felietony w „Gazecie Lekarskiej” i realizacje wielkich wydarzeń artystycznych z Komisją Kultury NIL dodawały sił przed ambitnymi wyzwaniem. Tymczasem afisz z Ewą Kasprzyk, Krzysztofem Draczem,

Agnieszka Więdłochą i Antonim Pawlickim nie wymagał reklamy. Noc. Kampus uczelni. Marta i George mimo późnej pory przyjmują gości. Młodzi niespodziewanie zostają wciągnięci w kłótnię gospodarzy. Cała czwórka podejmuje grę, w wyniku której runą od dawna pielęgnowane pozory, a na jaw wyjdą głęboko skrywane tajemnice.

Kontekst? Nie sądzę. Owacja i znów do roboty od samego rana.

Teatr Ochoty w Warszawie realizuje podczas części swoich spektakli projekt PIGUŁKI KONTEKSTU. To zbiór materiałów, które pozwalają głębiej

poznać treść przedstawienia, inspirują do dyskusji, tłumaczą tło kulturowo-historyczne toczącej się na scenie akcji. Twórcy przekonują, że tak przygoto-

wane lekarstwo można aplikować na czczo lub po wizycie w teatrze, a przed zażyciem nie trzeba konsultować się z lekarzem ani farmaceutą. Tymczasem nowa odsłona sztuki „Kto się boi Virginii Woolf?” w tłumaczeniu Jacka Poniedziałka i reżyserii Anny

Skuratowicz nie została wzmocniona specjalnymi pigułkami, chociaż niesie ze sobą wszelkie podteksty, konteksty i preteksty do lekarskiej diagnozy nad ciągiem międzyludzkich gier i prowokacji.

Rok 2023. Szum informacyjny, propaganda, reklama, promocja sukcesu, kciuki w górę i w dół, hejt, partyjne zależności, korporacyjne struktury pionowe i pieniądze decydują o kierunkach publicznej debaty, kłótni, rozmowy i sondażowym dyktacie celów. Komunikacja zamienia się w obwieszczanie jedności stronników za wszelką cenę. Kto nie z nami, ten przeciwko nam. Kontekst? W ochockim spektaklu występują aktorzy i aktorki młodego pokolenia, co pozwala rzucić nowe światło na emocje zapisane w dramacie. Wszystko już było. Malwina Laska-Eichmann, Irmina Liszkowska, Paweł Janyst i Krzysztof Oleksyn brawurowo grają i są tacy podobni do tych, których brutalnie wyparli z psychodramy współczesności.

A zatem kto się boi Wirginii Woolf i wielkich oczu prawdy? Czy potrafimy wspólnie pokonać wilka zagładającego do naszej kryjówki? Pod tragikomiczną warstwą tekstu sprzed sześćdziesięciu lat kryje się przecież historia wypalonych związków, które muszą wykrzyć wzajemne błędy, by móc iść dalej. Razem?



”

**Czy potrafimy
wspólnie
pokonać wilka
zagładającego
do naszej
kryjówki?**

PROZA

Pogrobowiec (fragmenty)

Agnieszka Muskat spojrzała na swoje odbicie w lustrze. Nie wyglądało ono najlepiej. Twarz sprawiała wrażenie zmęczonej, a pod zapadniętymi oczami dostrzegła dwie ciemne podkowy.

Kobieta ciężko westchnęła i przygryzła dolną wargę, która mimowolnie zaczęła jej drgać. Niedawno skończyła trzydzieści siedem lat, ale patrząc w lustro, nie mogła oprzeć się wrażeniu, że jej wizerunek bardziej wskazywał na zszarganą życiem pięćdziesięciolatkę.

Sięgnęła po soniczną szczoteczkę do zębów i pastę wybielającą. Z trudem zmusiła się do wykonania codziennej toalety. Najchętniej nie poszłaby dziś do pracy, ale wiedziała, że nie mogła sobie pozwolić na kolejne zwolnienie lekarskie. Pracowała jako menedżer do spraw kluczowych klientów w branży energetycznej, a jej szefostwo oczekiwało od niej szybkiego powrotu do przerwanych obowiązków. Działając pod presją, czuła, że na chwile słabości nie powinna sobie pozwalać, a jeśli już się pojawiały, należało o nich jak najszybciej zapomnieć.

Agnieszka wypluła usta i uniosła do góry głowę, pozwalając, aby jasnobłond włosy przesunęły się do tyłu.

Od sześciu lat – a właściwie od momentu, gdy z Markiem przenieśli się z bloku do nowo zbudowanego i urządzonego w dobrym guście domu – usiłowała zająć w ciąży. Początkowo wydawało jej się to łatwe do osiągnięcia, ale po kilku latach prób dopadło ją zwątpienie. Udała się do ginekologa. Wszystkie badania, które zlecił lekarz, wyszły prawidłowo. Podobnie było w przypadku jej męża. A zatem co stanęło na przeszkodzie w realizacji ich planów? Czyżby jej wcześniejsza, wieloletnia antykoncepcja?

Ulegając sugestii medyka, poddała się stymulacji hormonalnej. Ale i to na niewiele się zdało.

Kolejnym krokiem było zapłodnienie pozaustrojowe i implantacja zarodka. Podała się pięciu zabiegom. Ostatni odbył się dwa miesiące temu.

I gdy już się wydawało, że ostatnia implantacja zakończy się sukcesem, tydzień temu straciła ciążę.

– Niech to szlag! – wycodziła kobieta, nie mogąc zrozumieć, dlaczego akurat ją to spotkało.

Gdy odwracała się od lustra, dopadła ją nagła i niepokojąca myśl: czyżby nigdy nie było jej dane zająć w ciąży i zostać matką?

Zrzuciła z siebie dwuczęściową, różową piżamę i wydobyła z jednej z jasnych szafek bieliznę, którą wsunęła na tułów kilkoma sprawnymi ruchami. Gdy poprawiała majtki, w jej oczach zebrały się jeziorka łez. Zawsze się jej wydawało, że jest pewną siebie osobą i nie było takiej przeszkody, której nie byłaby w stanie pokonać. Ale teraz uświadomiła sobie, że jest zupełnie bezsilna, a każdy kolejny krok, który wykona, przyniesie jej jeszcze większe rozczarowanie.

Agnieszka potrząsnęła głową, jakby chciała odpędzić od siebie złe myśli, ale nie było to takie proste ani oczywiste.

W trakcie stosowania terapii hormonalnej poddawała się ścisłemu harmonogramowi. Myślała ciągle o cyklu, który będzie tym optymalnym. Zapewniała Marka, że wykonają jeszcze jeden, ten właściwy krok i razem będą świętować sukces.

A teraz co?

Nic! Jedno wielkie, cholerne nic!

Założyła džinsowe spodnie, jasną bawełnianą bluzkę i ponownie stanęła przed lustrem, aby nanieść na twarz makijaż. Gdy uniosła wzrok i spojrzała na własne odbicie, stwierdziła, że wpatruje się w oblicze człowieka, którego pozbawiono funkcji rozrodczych. W manekina. W pozbawioną wzorca matrycę, a jej ciało stało się pustą, jałową i bezużyteczną glebą.

Gdy uniosła do ust pomadkę, przez jej mózg przebiegła fala wściekłości. Szlag! I pomyśleć, że te wszystkie zabiegi, poświęcenie i samodyscyplina zaprowadzą ją w ślepy zaułek, a jej psychika znajdzie się na skraju rozpaczli! (...)

FOTO: MATERIAŁY PRASOWE



DARIUSZ KAŹMIERCZAK

Laureat XI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Wyróżnienie w kategorii „proza”.

Urodził się w 1960 r. w Ozorkowie.

Do ukończenia liceum mieszkał w Łęczycy, w trakcie studiów w akademii medycznej i po ich ukończeniu – w Łodzi. W 1987 r., wyprzedzając słynny ekspres, zatrzymał się na stałe we Włoszczowie. Przez wiele lat pracował w szpitalu, przychodni i pogotowiu ratunkowym. Jest pediatrą. Debiutował w Oficynie Branta powieścią „Cesarskie cięcie”. Do chwili obecnej napisał dwanaście książek – ostatnią, czyli „Nie zamykaj oczu”, w 2021 r.

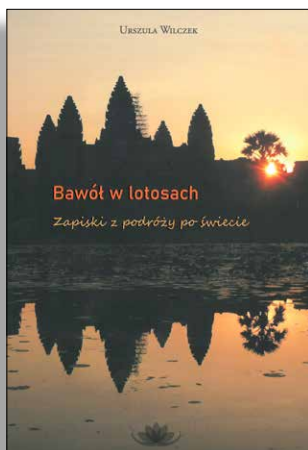
Przychodzi
wena
do lekarza



Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

CZYTELNIJA

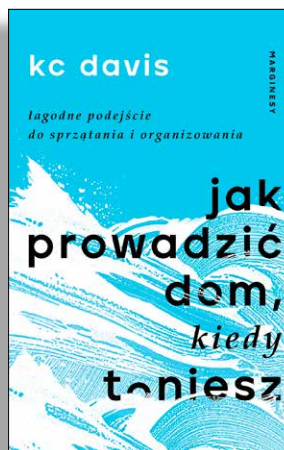
BAWÓŁ W LOTOSACH. ZAPISKI Z PODRÓŻY PO ŚWIECIE



Urszula Wilczek

Kiedy planuje nową podróż, dostaje tachykardii. A po powrocie opisuje ją (podróż) ze swadą. Internista i kardiolog Urszula Wilczek relacje z podróży po wszystkich kontynentach poza Antarktydą zebrała w książce „Bawół w lotosach. Zapiski z podróży po świecie”. Barwne relacje z Nepalu i Indii, Indochin, USA, a także z Nowej Zelandii, Kanady czy Indonezji zdobią piękne zdjęcia. Po lekturze – jak po podróży – czytelnik staje się bogatszy o bezcenną wiedzę o miejscach i zwyczajach, o których istnieniu nie miał pojęcia.

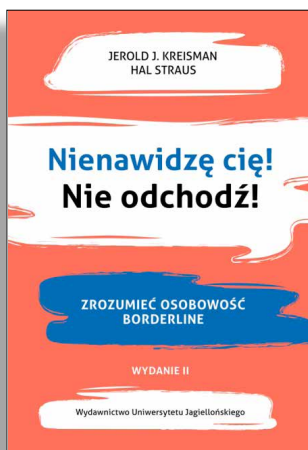
JAK PROWADZIĆ DOM, KIEDY TONIESZ. ŁAGODNE PODEJŚCIE DO SPRZĄTANIA I ORGANIZOWANIA



KC Davis

„Na łóżu śmierci nikt nie żałuje, że tak mało czasu spędził na sprzątanii łazienki” – pisze terapeutka KC Davis w książce, której tytuł zachęca chyba wszystkich zapracowanych, zarówno bałaganiarzy, jak i pedantów. Uczy też, by kosze na pranie poustawiać we wszystkich pomieszczeniach, prac tylko w poniedziałek, nie segregować kolorów, ale prac wszystko razem w niskiej temperaturze. W dodatku książkę zaprojektowano tak, by była jak najbardziej przystępna dla czytelników neuroróżnorodnych.

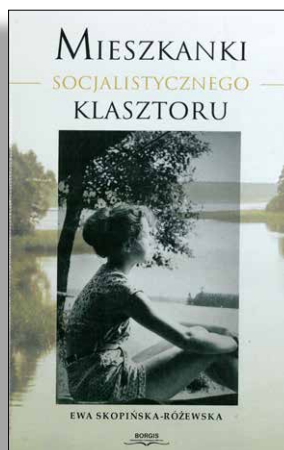
NIENAWIDZĘ CIĘ! NIE ODCHODŹ! ZROZUMIEĆ OSOBOWOŚĆ BORDERLINE



Jerold J. Kreisman, Hal Straus

Drugie, uaktualnione wydanie bestsellerowej książki na temat pogranicznego zaburzenia osobowości (ang. borderline personality disorder, BPD). W poradniku znalazły się najnowsze doniesienia ze świata nauki o rozpoznawaniu i leczeniu BPD, w tym m.in. informacje o wynikach najnowszych badań związanych z neurobiologią i genetyką. Dzięki tym odkryciom można lepiej zrozumieć przyczyny powstawania tego zaburzenia oraz jego związek np. z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i ADHD. W książce są też dane o rosnącej roli farmakologii w terapii BPD.

MIESZKANKI SOCJALISTYCZNEGO KLASZTORU



Ewa Skopińska-Różewska

„We wczesnych latach 50. byliśmy jeszcze weseli, choć biedni, i staraliśmy się stworzyć sobie własny świat, w którym nie istniało słowo <polityka> i należało unikać słowa <wojna>” – pisze prof. Ewa Skopińska-Różewska, autorka prac z immunologii doświadczalnej i klinicznej, transplantologii, immunomodulacji i immunoterapii. Napisane wyblakłym atramentem bruliony po 67 latach przepisała, opracowała i wydała w formie tej powieści o losach studentek Akademii Medycznej w Gdańsku, mieszkanek akademika zwanego socjalistycznym klasztorem. Książkę, stanowiącą wspomnienia trzech studentek medycyny, zdobią fotografie z tamtych lat.

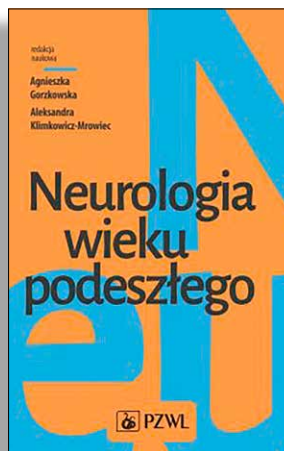
JAK PŁAKAĆ W MIEJSCACH PUBLICZNYCH



Emilia Dłużewska

Choć recenzenci na brzegach okładki obiecują, że podczas lektury tej smutnej książki czytelnik „naprawdę się uśmieje”, zapewniam, że nie ma co liczyć na sałwy śmiechu. Emilia Dłużewska, z wykształcenia psycholog, z zawodu dziennikarka, ma wyjątkowo czułe oko na ironię losu, a jej wzrok jest wyostrzony przez depresję. Jej książka to nie tylko zbiór błyskotliwych obserwacji i opisów depresji oraz choroby afektywnej dwubiegunowej z pierwszej ręki, ale także porcja dobrej literatury. Książka, którą się zapamiętuje.

NEUROLOGIA WIEKU PODESZŁEGO



Redakcja naukowa:

Agnieszka Gorzkowska, Aleksandra Klimkowicz-Mrowiec

Kompedium wiedzy o problemach neurologicznych osób starszych. Publikację podzielono na dwie części. W pierwszej z nich znajdziemy informacje o demografii oraz aspektach prawnych i biologicznych procesu starzenia się. Część druga dotyczy diagnozy oraz leczenia schorzeń neurologicznych, w tym m.in. chorób otepiennych i nerwowo-mięśniowych, a także autoimmunologicznego zapalenia mózgu. Temat ujęto z perspektywy różnych dziedzin medycyny, dzięki czemu jest to książka cenna nie tylko dla neurologów, ale także dla lekarzy innych specjalizacji, którzy zajmują się seniorami.

KULTURA

#SztukaNaszychDzieci

Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej zaprasza wszystkich lekarzy rodziców wraz z dziećmi do udziału w projekcie #SztukaNaszychDzieci. Pierwsza odsłona programu skupiona jest wokół hitów opolskiej estrady. – Drodzy rodzice, nagrajcie jedną z festiwalowych piosenek w wykonaniu swojego dziecka, opublikujcie w serwisie YouTube, następnie wyślijcie link do nas – zachęca organizator programu, Joanna Maślankowska, członek rady OKiDH. Link z zarejestrowanym wykonaniem piosenki należy przysłać na adres mediateka@nil.org.pl do 31 maja. Dziesięcioro najlepszych wykonawców weźmie udział w warsztatach w Miejskim Domu Kultury w Opolu oraz wystąpi podczas gali w Teatrze Jana Kochanowskiego w Opolu 9 września 2023 r. Szczegóły oraz regulamin na www.nil.org.pl

Źródło: www.nil.org.pl

OGÓLNOPOLSKI KONKURS PULS SŁOWA XIV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

Organizatorzy:
NACZELNA IZBA LEKARSKA
Komisja Kultury
w Warszawie
Patronat medialny:
GAZETA LEKARSKA

Miesięcznik OLi w Warszawie
PULS
Kwartalnik Własnym Głosem

Informacji udziela:
Majka Maria Żywicka-Luckner
tel. 22 619 42 31
604 286 324
e-mail: majkazywicka@wp.pl

Regulamin konkursu

- Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach. Każdy utwór powinien być oparty gólem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagrane ani publikowane.
- Do zestawu należy dołączyć: zapiętą kopertę, podpisaną tym samym gólem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło.
- Prace należy nadsyłać do dnia 30 czerwca 2023 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ul. Puławska 16, 02-520 Warszawa, Komisja ds. Kultury lub na e-mail: majkazywicka@wp.pl z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”.
- Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna nagrody pieniężne i wyróżnienia.
- Nagrodzone utwory zostaną opublikowane w antologii pokonkursowej i czasopiśmie patronackich.
- O terminie i miejscu ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród laureatów zostaną powiadomieni specjalnym zaproszeniem.

BARDZO SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO UDZIAŁU W KONKURSIE
Organizatorzy

„Puls Słowa” – to już czternasta edycja

Do 30 czerwca 2023 r. można przysłać prace na XIV Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów „Puls Słowa”. Uczestnik powinien przekazać pięć wierszy o dowolnej tematyce lub prozę do dziesięciu stron maszynopisu. Kontakt do organizatora: Majka Maria Żywicka-Luckner (majkazywicka@wp.pl).

ENPAM
FNMCoE
OMCeO Roma
ONKOWA IZBA LEKARSKA
WZYSTOCROWA
FIAF

AMFI
ASSOCIAZIONE MEDICI FOTOGRAFARI ITALIANI
PhotoArtMedia
CONFERENZA ITALIANA

World Medical View

Mostra fotografica
Associazione Medici Fotografi Italiani - PhotoArtMedica
Joint photo exhibition AMFI - PhotoArtMedica
presso ENPAM - Piazza Vittorio Emanuele II, 78 - ROMA
8 giugno 2023 - 25 giugno 2023

Vernissage 8 giugno 2023 ore 17:00 - Apertura mostra: tutti i giorni, compresi i festivi, dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:30 alle 17:00
Il sabato e la domenica sarà possibile visitare il Museo Ninfeo, ubicato negli ipogei della sede, previa prenotazione sul sito www.museoninfo.it

PhotoArtMedica we Włoszech

W ramach artystycznego projektu World Medical View powstała wspólna wystawa fotografii Włoskiego Towarzystwa Lekarzy Fotografów AMFI oraz Salonów Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica. Zdjęcia można oglądać w dniach 8-25 czerwca 2023 r. w Galerii ENPAM w Rzymie. Wernisaż wystawy zaplanowano na 8 czerwca, a uroczystości będzie towarzyszyło zwiedzanie znajdującego się po sąsiedzku Muzeum Ninfeo. Zachęcam do zaplanowania wspólnych „rzymskich wakacji” – jak zapewnia prezydent AMFI prof. Maurizio Iazeolla, być może odwiedzą nas Audrey Hepburn i Gregory Peck.

Dr n. med. Krzysztof Muskalski, przewodniczący Salonu PhotoArtMedica

Wyjazd dla pasjonatów fotografii

Zbliża się druga edycja Ogólnopolskiego Pleneru Fotograficznego w Żyrardowie dla lekarzy (11-14 maja 2023 r.). Planowane tematy fotograficzne to architektura, ulica, człowiek, rejestracja przemijania czasu, fotografia jako forma plastyczna. W programie przewidziano też naukę portretu fotograficznego. Więcej na stronie Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie: www.izba-lekarska.pl

Muzyczne Portrety Kobiet

Pieśni zapomnianych polskich kompozytorek

MARIA SZYMANOWSKA
ZOFIA WRÓBLEWSKA-OBTUŁOWICZOWA
RYTA GNUS

LEOKADIA MYSZYŃSKA-WOJCIECHOWSKA
IRENA BIAŁKIEWICZÓWNA
HELENA DORABIAŁSKA

Ewelina Sielska – Badurek – mezzosopran
Przy fortepianie **Wojciech Pyrc**

23.04.23, godz. 17:00, niedziela

Muzeum Wnętrz w Otwocku Wielkim, ul. Zamkowa 49, Karczew

13.05.23, godz. 20:00, sobota

Muzeum Wnętrz w Otwocku Wielkim, ul. Zamkowa 49, Karczew

15.05.23, godz. 18:00, poniedziałek

ZSM im. I. Paderewskiego, Sala Kameralna Filharmonii, ul. Podlesna 2, Białystok

12.06.23, godz. 18:00, poniedziałek

Nadbałtyckie Centrum Kultury, Sala Mieszczańska, ul. Korzenna 33/35, Gdańsk

03.09.23, godz. 12:00, niedziela

Warszawskie Towarzystwo Muzyczne im. S. Moniuszki, ul. Morskie Oko 2, Warszawa

Wstęp na wszystkie wydarzenia wolny

Szczegóły na <https://www.facebook.com/sielskabadurek/>

W Muzeum Wnętrz w Otwocku Wielkim oba recitale pieśni będą przeplcone wykładem przybliżającym sylwetki kompozytorek.

Ministerstwo Kultury
i Dziedzictwa Narodowego
Zrealizowano w ramach trybunału
Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego

MW / Muzeum Wnętrz
w Otwocku Wielkim

Instytut Kultury
i Dziedzictwa
Narodowego

Instytucja Kultury
i Dziedzictwa
Narodowego

Instytucja Kultury
i Dziedzictwa
Narodowego

STOWARZYSZENIE
Rozgłoś

GAZETA
LEKARSKA

GAZETA
LEKARSKA

Muzyczne Portrety Kobiet



Ewelina Sielska-Badurek, lekarz audiolog foniatra i mgr sztuki w zakresie śpiewu solowego, realizuje projekt „Muzyczne Portrety Kobiet”, popularyzujący twórczość kameralną (pieśni) polskich kompozytorek XIX i XX wieku oraz ich sylwetki. W ramach tego przedsięwzięcia lekarka chce szerzyć wiedzę o sześciu artystkach: Marii Szymanowskiej, Zofii Wróblewskiej-Obtułowiczowej, Rycie Gnus, Leokadii Myszynskiej-Wojciechowskiej, Irenie Białkiewiczównie, Helenie Dorabiałskiej. W ramach projektu odbędą się koncerty z pieśniami artystek w wykonaniu Eweliny Sielskiej-Badurek (mezzosopran) oraz pianisty Wojciecha Pyrcia.

Plener fotograficzny w Kazimierzu Dolnym

Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie oraz Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie zapraszają do udziału w jubileuszowym X Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy. Wydarzenie zaplanowano w dniach 12-17 września 2023 r. w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. Liczba miejsc jest ograniczona, o udziale decyduje kolejność zgłoszeń. Szczegóły na www.kultura.oil.lublin.pl/plener2023/.

Wernisaż wystawy poplenerowej odbędzie się 18 listopada 2023 r. w Galerii Sztuki Nieprofesjonalnej „U lekarzy”, w siedzibie OIL w Lublinie. Tam też będzie można oglądać wystawę do 8 grudnia 2023 r.



„Waiting – part 10”, Paweł Miazga (lekarz dentysta, Włodawa) Uczestnik Salonu PhotoArtMedica 2022

Zjazdy koleżeńskie

ZJAZD ABSOLWENTÓW PUM (PAM) W SZCZECINIE, ROCZNIK 1973-1979

Miejsce: Kołobrzeg, termin: 29 września – 1 października 2023 r. Szczegóły na stronie internetowej wolskitravel.pl/zjazd-w-kołobrzegu (organizatorzy: Kuc, Dach, Posadowski).

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ W BIAŁYMSTOKU, ABSOLWENCI 1970 ROKU

Zapraszamy na uroczyste odnowienie dyplomu lekarza z okazji 50-lecia ukończenia studiów lekarskich. Uroczystość odbędzie się 7 października 2023 r. w pałacu Branickich, Białystok, ul. Jana Kilińskiego 1. W programie przewidujemy (poza uroczystością odnowienia dyplomów) zwiedzanie Biblioteki Głównej oraz Muzeum Historii i Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a także ogrodów parkowych; w niedzielę – Ławra Supraska.

Prosimy o przesyłanie zgłoszeń do 7 sierpnia 2023 r. Zgłoszenia na adres: maciej.szmitkowski@umb.edu.pl / andrzejczukjanusz@gmail.com / Janusz Andrzejczuk 87-720 Ciechocinek ul. Lipowa 3A m. 25.

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA

Koleżanki i Kolegów, którzy w 1983 r. ukończyli studia w Śląskiej Akademii Medycznej (na wydziałach: katowickim i zabrzańskim), zapraszamy do wzięcia udziału w zjeździe absolwentów, który odbędzie się w dniach 6-8 października 2023 r. w Hotelu Bachleda Kasprowy w Zakopanem. Zainteresowanych prosimy o kontakt e-mailowy (stamina.ska@gmail.com) lub telefoniczny (601 36 17 81, najlepiej SMS). Starosta Wydziału Katowickiego – dr n. med. Marian Papież (57), Starosta Wydziału Zabrzeńskiego – dr Grzegorz Michniewski (57)

25. Mistrzostwa Polski Lekarzy na 15 km

Wojciech Łącki Komisja ds. Integracji, Sportu i Wizerunku WIL



Biegacze musieli zmagać się z porywistym wiatrem

Od ćwierć wieku Bukówiec Górny jest areną zmagania lekarzy o tytuł mistrza Polski na dystansie 15 kilometrów. W tej urokliwej miejscowości od 37 lat odbywa się „Bieg Sokoła”, w ramach którego toczy się lekarska rywalizacja.

W tym roku pogoda sprzyjała, chociaż biegacze musieli zmagać się z porywistym wiatrem, szczególnie w pierwszej części dystansu. Na starcie

jubileuszowego biegu pojawiło się, nomen omen, 25 przedstawicieli lekarskiego stanu, w tym 7 kobiet. Po tytuł mistrzyni Polski sięgnęła Karolina Błachowiak z Leszna, wicemistrzynią została Monika Hauser-Giers z Nowego Lubosza, a trzecie miejsce zajęła Olga Białoskórka z Gostynia. Wśród panów mistrzowską koronę zdobył Jakub Błachowiak z Leszna, wicemistrzostwo przypadło Michałowi Dobrzyńskiemu z Tworzanic, a na trzecim stopniu

podium stanął Marek Matuszczyk z Rybnika. Zawodnicy otrzymali pamiątkowe medale, a zwycięzcy okolicznościowe puchary i nagrody rzeczowe. Jak zawsze wysoki poziom organizacyjny mistrzostw zapewnili Koleżanki i Koledzy z Delegatury WIL w Lesznie, z Leszkiem Walczakiem na czele. Imprezę finansowo wsparły Naczelna Izba Lekarska i Wielkopolska Izba Lekarska, za co w imieniu organizatorów składam serdeczne podziękowanie. Zapraszamy za rok.

FOTO: ANDRZEJ CIESLIK

Święto lekarskiej piłki nożnej już w czerwcu

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie zaprasza na XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej oraz VII Mistrzostwa Polski Lekarzy OLDBOYS (45+). Zawody zostaną rozegrane na częstochowskim stadionie „Viktorii” (termin: 2-3 czerwca 2023 r.).

Więcej informacji na www.oilczestochowa.pl (kontakt do organizatorów: Piotr Janik, tel. 602 380 957, Przemysław Klimas, tel. 604 792 574, Rita Idziak 034 368 18 88, 692 397 518, e-mail: czestochowa@hipokrates.org).

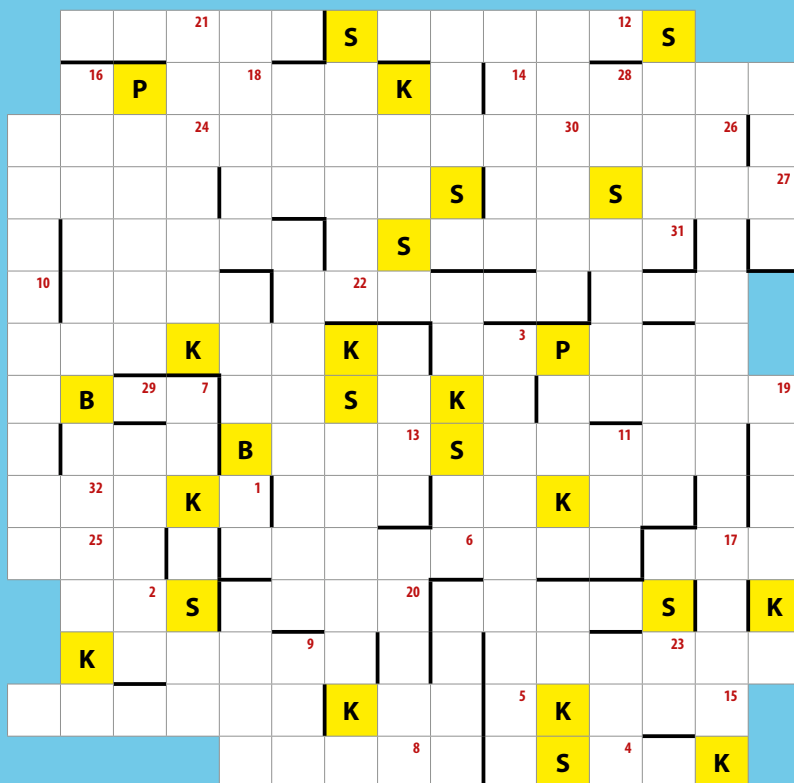
Zawody tenisa w Gdańsku

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na III Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy. Trwające trzy dni zawody (30.06.-02.07.2023) odbędą się w Gdańsku. Zgłoszenia są przyjmowane od 10 maja do 26 czerwca mailowo na adres kaszuby90@gmail.com.

Ogłoszenia



**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to
specjaliści, wiedza i zaangażowanie.**
Z kodem PZWL23 wszystkie książki drukowane zamówione
na www.pzwl.pl 19 proc. taniej!



Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, K, P i S.
Na ponumerowanych polach ukryto 32 litery hasła, które stanowi
rozwiązanie. Jest to myśl Monteskiusza. Hasło należy przesłać
na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres
jolka@gazetalekarska.pl do 20 maja 2023 r. Wśród autorów
prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy
otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji
i adresu do wysyłki).

* kilak (łac.) * zgromadzenie ludu * gród nad Maruszą w zach. Rumunii
* kila * Krzyżacki * święty II Olegowicz * kwaśny, zdrowy, redestowaty
* Homo z plejstocenu * dietetyczny, pudełkowy * coma * syn Tuhałbeja
* zysk, bogactwo * pierwiastek państwa Curie * kopia, surogat * stalowa
blaszka pily * Sepia * ślad pily * bujda, kłamstwo * pojazdy kołowe
napędzane siłą ludzkich mięśni * lichen * schodzi żłebem * tapka na
muchy * między stronem a cyrkonem * śliski gród nad Rawą * budynek
strażaków * drobne, groźne owady domowe * pogotowie, alarm * niższy
od sopranu * na myszy * ONZ po angielsku * język bantu w Transkei
* preparat enalaprylu * tor Fl pod Bolonią * do wycinania skórerek
* chirurgiczne i krawieckie * język na bazie esperanto * krewny fagota
* struna chirurgiczna * dominują w Ghanie * uszkodzenie * Calluna
* poprzednik euro * miejsce zamieszkania * molluscum * z gęsi na
poduchę * trójnik, łącznik * pestis * młodzieżowa organizacja PZPR
* imię psa * antylopy z RPA * imię zdobywcy bieguna południowego

* największy letni resort Rosji * trypanosomy * Adam Jan Stózek * wiatr
w pd. Francji * serce (łac.) * Ramzes * matka i żona Edypa * patologiczny
wstręt kobiet do mężczyzn * żywy trup, umarłak * wąska topata * płaz
drzewny * bizantyjskie obrazy sakralne * mieszka w Baku * płynny
koloïd * ministerstwo Błaszczaka * wojownicza Solari dysponująca
mocą słońca * Nestor, papuga z N. Zelandii * zapalenie atopowe skóry
* angielski grzech

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 282 „GL” nr 03/2023)

Nie trzeba palić koldry z powodu jednej pchły.

Nagrody otrzymują: Filip Chojnacki (Łódź), Magdalena Jurek
(Nowy Targ), Anna Miśkiewicz (Wrocław), Dorota Wasylewicz
(Radłów), Benjamin Ziomko (Szczecin).
Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL,
www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

Klauzula informacyjna na str. 69 / Regulamin konkursu dostępny na
www.gazetalekarska.pl

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 196 798 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Karolina Kowalska,
Klaudiusz Komor, 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)
naczelnyn@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekreterz 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 skróć, do
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).

