

WAŻNY TEMAT: MATKA Z RAKIEM BIJE W DZWON

10|2023

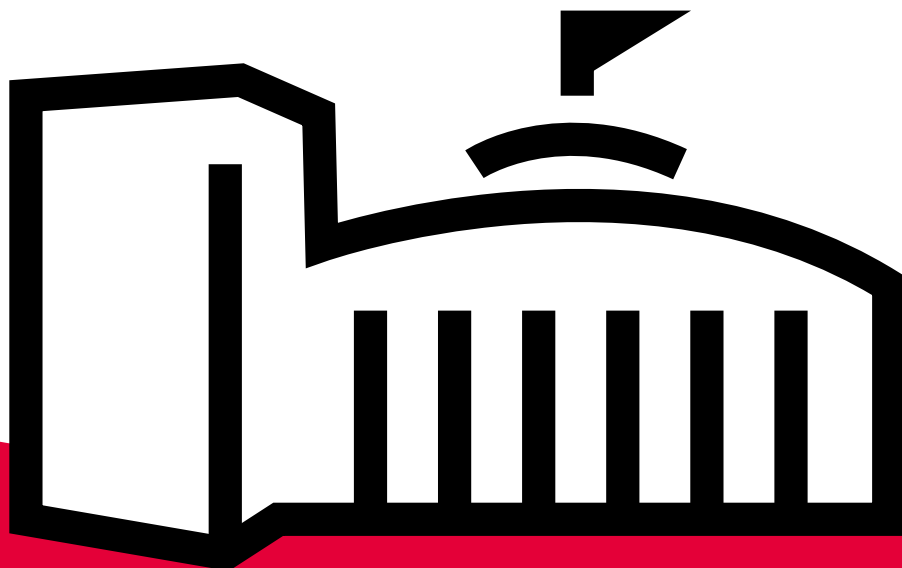
ISSN 0867-2164



GAZETA

L E K A R S K A

PISMO IZB
LEKARSKICH



LEKARZE

DO PARLAMENTU

Głos samorządu w parlamencie

ŁUKASZ JANKOWSKI
PREZES NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ



Misją Naczelnej Izby Lekarskiej jest reprezentowanie naszego środowiska i dbanie o godność zawodu. Jednym z zadań – wywieranie wpływu i wprowadzanie pozytywnych zmian w systemie, w którym pracujemy. Choć samorząd jest apolityczny, bo reprezentuje wszystkich lekarzy bez względu na poglądy polityczne, to jednak aby skutecznie realizować swoje zadania, mieć wpływ na legislację i podejmowane przez decydentów decyzje, siłą rzeczy uczestniczy w życiu politycznym naszego kraju, starając się przekonywać polityków do naszej – środowiskowej – wizji zmian w systemie.

Wielokrotnie w ostatnich latach spotykaliśmy się z brakiem zrozumienia problemów ochrony zdrowia wśród posłów i senatorów. Dla wielu z nich była ona tematem tak odległym, że unikali nie tylko przejmowania odpowiedzialności za system, ale nawet dyskusji o sprawach zdrowotnych. Z drugiej strony znane są przypadki lekarzy, którzy wraz ze zdobyciem mandatu poselskiego czy senatorskiego diametralnie zmieniali punkt widzenia, porzucając poczucie przynależności do naszego środowiska.

Aby tak się nie stało, a także aby rozpocząć ponadpartyjną współpracę w temacie ochrony zdrowia, na miesiąc przed wyborami zorganizowaliśmy w Naczelnej Izbie Lekarskiej spotkanie lekarzy kandydatów na

parlamentarzystów. Wysoka frekwencja na spotkaniu i ożywione dyskusje świadczą o tym, że takie spotkanie było potrzebne. Jednocześnie jestem wdzięczny dyskutantom za to, że pomimo często bardzo widocznych różnic politycznych i światopoglądowych potrafiliśmy wszyscy szukać tego, co nas

Wielokrotnie podnosiliśmy w dyskursie publicznym, że zdrowie nie ma i nie może mieć barw politycznych

łączy, i dyskutować merytorycznie ponad podziałami. Poruszyliśmy wiele tematów. Wśród nich także kluczowe dla samorządu kwestie *no fault* i systemu kształcenia kadr medycznych.

Lekarze – przyszli posłowie i senatorowie – deklarowali chęć dalszych spotkań w tej formule. Wielokrotnie podkreślaliśmy, że „łączy nas to, że chcemy leczyć naszych pacjentów zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i własnym sumieniem”, a także że w lekarskie DNA wbudowana jest dbałość i troska o drugiego człowieka.

Bardzo dziękuję Koleżankom i Kolegom lekarzom, że startując

w wyborach, chcą wziąć na siebie odpowiedzialność za sprawy nas wszystkich, a także za kształt systemu ochrony zdrowia.

Zachęcam Państwa do zapoznania się z kandydaturami lekarek i lekarzy, których listę w porządku alfabetycznym, uwzględniając wszystkie komitety wyborcze, przekazujemy w tym numerze „Gazety Lekarskiej”. Zachęcam do kontaktu ze startującymi do parlamentu przedstawicielami naszego środowiska, do zadawania im pytań, dyskusji i informowania o rzeczywistych problemach, z którymi mierzą się Państwo każdego dnia.

Jestem przekonany, że obecność w parlamencie wielu przedstawicieli naszego środowiska, a więc praktyków – profesjonalnych użytkowników systemu ochrony zdrowia, znacząco ułatwiłaby wprowadzenie dobrych zmian systemowych w przyszłej kadencji parlamentu.

Wielokrotnie podnosiliśmy w dyskursie publicznym, że zdrowie nie ma i nie może mieć barw politycznych. Spotkaniem w siedzibie NIL lekarze dali przykład tego, że dyskusja w tym duchu jest możliwa, a to w tak podzielonym dziś świecie jest naprawdę dobrym prognostykiem na przyszłość. ●

- 3 **Głos samorządu w parlamencie**
Łukasz Jankowski
- 6 **Temat niewygodny – medycyna estetyczna**
Klaudiusz Komor

TEMAT NUMERU

- 7 **Lepsza zmiana w zdrowiu?**
PiS w ochronie zdrowia obiecuje kontynuację polityki z ośmiu ostatnich lat. Opozycja przekonuje o konieczności pilnych zmian systemowych. Z czym partie idą do wyborów i jaką rolę odegra w kadencji 2023-2027 zdrowie

WYBORY 2023

- 12 **Kandydaci do Sejmu i Senatu w Izbie**
28 kandydatów na parlamentarzystów spotkało się z prezesem i wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, by porozmawiać o najważniejszych sprawach dla środowiska lekarskiego

AKTUALNOŚCI

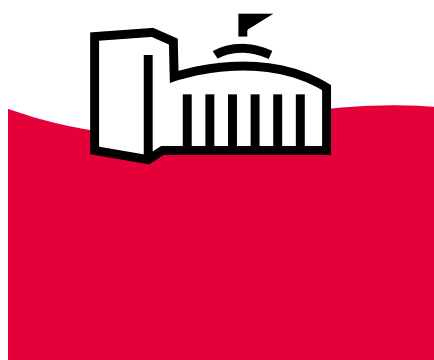
- 22 **Fikcyjny sukces**
Wzrost sum wydawanych w systemie ochrony zdrowia jest pozorny, bo nie idzie za nimi wzrost dostępności do świadczeń

PRAWO I MEDYCYNĄ

- 24 **Ku przestrodze, ale też, by uczyć**
- 25 **Nie każdy błąd diagnostyczny jest błędem w sztuce**
- 26 **Fundacja rodzinna – szansa na zabezpieczenie dorobku**

PODATKI I FINANSE

- 28 **Złoty więcej i ulgi nie będzie**
Wystarczy, że pełnoletnie dziecko lekarza zarobi 1 zł powyżej limitu, a jego rodzic straci możliwość korzystania z preferencji podatkowych
- 30 **Nie przepłacaj i legalnie obniż kwoty dla fiskusa**



LEKARZE DO PARLAMENTU

Lepsza zmiana w zdrowiu?

TEMAT NUMERU STRONY 7-10

Powodem, dla którego system ochrony zdrowia działa nie tak, jakbyśmy sobie życzyli, jest poziom finansowania, a nie przepływy składki zdrowotnej

Rosnąca świadomość zdrowotna sprawia, że chcemy lekarza widzieć coraz częściej. Priorytetem jest zwiększenie liczby specjalistów

PRAKTYKA LEKARSKA

- 32 **Miejsz więcej, ale to nie wystarczy**
Paweł Barucha
- 32 **Wśród lekarzy brakuje czujności onkologicznej**
- 36 **Szkółki dla techników jak „zawodówki dla lekarzy”**
Mariusz Politowicz
- 38 **Słabe punkty nowotworu**
- 42 **Zwycięstwo Anety**
- 45 **Dać szansę matce i dziecku**
- 47 **Czy opłaca się być „bogiem”?**
Anna Gołębicka
- 48 **Szpital jak samolot**
Jakub Sieczko
- 52 **W cieniu wyborów**
- 54 **Zmiany w kardiologii są nieuniknione**
- 57 **Ze świata**
- 58 **Otyłość dziecięcą trzeba leczyć**

SAMORZĄD ZAWODOWY

- 60 **Czas, by zgłaszać patologie**
Jakub Kosikowski
- 60 **O tym się mówić**
- 62 **Cyfrowa rewolucja poprawia opiekę zdrowotną**

PO GODZINACH

- 67 **Photoartmedica i czytelnia**
- 68 **Podróże – W krainie prehistorycznych talayotów**
Dziewicza przyroda, turkusowe zatoki, malownicze plaże, klimatyczne miasteczka, lokalna kuchnia i spokój, o który coraz trudniej w turystycznych regionach świata – oto Minorka, hiszpańska wyspa archipelagu Balearów
- 71 **Mąż i żona**
Jarosław Wanecki
- 72 **Błąd malarski – Na językach**
Dla artysty dobrze jest być na językach: skandal niejednokrotnie przekłada się na popyt, a jeśli nawet nie generuje gotówki, to przynajmniej zapewnia miejsce w historii sztuki
- 74 **Przychodzi wena do lekarza – PaniKa**
- 75 **Chóralny głos ze stolicy polskiej piosenki**
- 76 **Sport**
- 77 **Ogłoszenia**
- 82 **Jolka lekarska**



ZMIENIA SIĘ DLA CZYTELNIKÓW

Od numeru 07-08/2023 „Gazeta Lekarska” jest dostępna w formie:

e-wydania dla lekarzy i lekarzy dentystów do 69. roku życia
(dostarczana do skrzynek mailowych)

papierowej dla lekarzy i lekarzy dentystów 70+
(dostarczana do skrzynek pocztowych)

**JEŚLI NIE JESTEŚ ZADOWOLONY/A Z TAKIEGO KOLPORTAŻU
MOŻESZ TO ZMIENIĆ**

Nie czekaj – zdecyduj już teraz,
jakie wydanie „Gazety Lekarskiej”
chcesz mieć

TO ZAJMIE TYLKO 1 MINUTĘ

Wejdź na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl/gazeta
(albo najedź aparatem telefonu na QR kod
lub użyj aplikacji czytnik kod QR)
i wypełnij formularz Subskrypcja „Gazety Lekarskiej”

Dokonaj wyboru, klikając w jedno z pól, lub zaznacz oba:
chcę otrzymywać wersję papierową
chcę otrzymywać wersję elektroniczną



JEDNYM GŁOSEM

Temat niewygodny – medycyna estetyczna

Dzisiaj zabiegami medycyny estetycznej zajmują się także przedstawiciele zawodów niemedycznych. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta konieczne wydaje się uregulowanie tego tematu.

We współczesnej medycynie obserwujemy dążenie do wysokiej specjalizacji – nie wystarczają już ogólne specjalizacje, których nawiasem mówiąc, liczba jest w Polsce i tak zastraszająco duża: obecnie mamy 77 specjalizacji lekarskich i dziewięć lekarsko-dentystycznych. Niektórzy trochę złośliwie, a zdecydowanie sarkastycznie mówią, że niedługo będziemy mieli osobnych specjalistów od lewej i od prawej ręki.

Dodatkowym elementem są wprowadzone ostatnio umiejętności, o których więcej pisałem w swoim felietonie w poprzednim wydaniu „Gazety Lekarskiej”. Wśród nich można znaleźć jedną, wokół której przez ostatnie lata narosło wiele niejasności – medycynę naprawczo-estetyczną. Faktycznie, w Polsce medycyna estetyczna funkcjonuje od wielu lat. Pierwsza szkoła dla lekarzy z jej zakresu działa przy Polskim Towarzystwie Lekarskim już od 2002 r. Od początku wielu lekarzy, w tym również znane autorytety medyczne, zgłaszało wątpliwości, czy dziedzina ta, wbrew samej nazwie, powinna być częścią „prawdziwej” medycyny. Również w Samorządzie unikano tego tematu, nie próbując o nim dyskutować. A właściwie udawano, że problemu nie ma.

Tymczasem pod wpływem rynku liczba szkół kształcących z zakresu medycyny estetycznej szybko rosła, a część z nich zaczęła kierować swoją ofertę nie tylko do lekarzy. Dopiero w poprzedniej kadencji Naczelna Rada Lekarska zajęła się tym tematem na poważnie – w stanowisku z 29 stycznia 2021 r. po raz pierwszy w Polsce przyjęto propozycję definicji medycyny estetycznej. „Mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów oraz ich ochronę przed ewentualnymi następstwami zabiegów medycyny estetycznej, wykonywanych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, a także

KLAUDIUSZ KOMOR
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



obowiązek ochrony odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących takie zabiegi, NRL zauważyła potrzebę uregulowania materii wykonywania zabiegów medycyny estetycznej, związanych z naruszeniem ciągłości ciała” – brzmiało stanowisko Rady. Jednocześnie przyjęto w nim jednoznaczną definicję w brzmieniu: „Medycynę estetyczną stanowią świadczenia zdrowotne wiążące się z ingerencją w tkanki ludzkie, udzielane przez lekarzy i lekarzy dentystów, służące przywróceniu lub poprawie fizycznego i psychicznego samopoczucia oraz społecznego funkcjonowania pacjenta poprzez zmianę jego wyglądu”. Można powiedzieć, że stanowisko to w pewnym sensie rozwiązuje dwie kwestie – po pierwsze uznaje medycynę estetyczną za równoprawną ze wszystkimi innymi dziedzinami medycyny, uznawaną przez Samorząd Lekarski, a po drugie ze względu na wspomnianą „ingerencję w tkanki” stwierdza, że powinni się nią zajmować wyłącznie lekarze.

I tutaj stajemy przed problemem, który obecnie wymaga najpilniejszego rozwiązania – dzisiaj różnego rodzaju zabiegami z zakresu medycyny estetycznej zajmuje się wiele różnych zawodów, od zupełnie niemedycznych począwszy. Dlatego z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta

konieczne wydaje się uregulowanie tego tematu. Pewne zabiegi, szczególnie oparte na wstrzykiwaniu substancji uznanych za lecznicze, mogą wiązać się z powikłaniami nawet groźnymi dla życia, jak np. wstrząs anafilaktyczny. Z zasady powinny być więc zarezerwowane dla lekarzy i lekarzy dentystów, czyli osób, które potrafią udzielić w takich sytuacjach natychmiastowej pomocy.

W ostatnim czasie odbyło się kilka spotkań w szerokim gronie organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia z udziałem nie tylko konsultantów krajowych z różnych dziedzin medycyny, szczególnie związanych z medycyną estetyczną, ale również przedstawicieli środowisk kosmetologów i kosmetyczek czy prawników. W trakcie tych spotkań okazało się jednak, że temat jest tak gorący i drażliwy, że nie sposób dojść do żadnych konkretnych wniosków, a tym bardziej osiągnąć jakiegokolwiek kompromisu. Pierwszym problemem było umieszczenie medycyny estetycznej w wykazie umiejętności lekarskich. Choć taki był pierwotny projekt Ministerstwa Zdrowia, na skutek nacisków z różnych stron w ostatecznym rozporządzeniu znalazła się medycyna estetyczno-naprawcza, czyli twór, dla którego definicji nadal nie ma.

TEMAT NUMERU – WYBORY PARLAMENTARNE

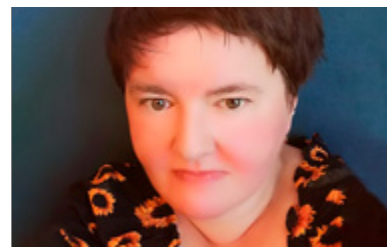
Lepsza zmiana w zdrowiu?

PiS w ochronie zdrowia obiecuje kontynuację polityki z ośmiu ostatnich lat. Opozycja przekonuje o konieczności pilnych zmian systemowych. Z czym partie idą do wyborów i jaką rangę odegra w kadencji 2023-2027 zdrowie jako obszar polityki publicznej, sądząc po obietnicach przedwyborczych?

Najprościej na te pytania odpowiedzieć w przypadku partii rządzącej od ośmiu lat: lekatura programu „Bezpieczna przyszłość Polaków” nie pozostawia żadnych złudzeń. Partia Jarosława Kaczyńskiego obiecuje społeczeństwu – i interesariuszom systemu ochrony zdrowia – wielką kontynuację dobrej zmiany, która rozpoczęła się w 2015 r. Co prawda, obietnice sprzed ośmiu lat w ogromnej części zostały wepchnięte w ciemny kąt (na czele z likwidacją NFZ i powrotem do budżetowego finansowania ochrony zdrowia), nie przeszkadza to jednak w utrzymywaniu narracji o konsekwentnym zdążaniu w kierunku jeszcze lepszej przyszłości.

„Zapewnimy stabilność finansowania służby zdrowia. Jest to warunek konieczny prowadzenia jakichkolwiek działań reformatorskich. Dlatego, zgodnie z gwarancją ustawową, finansowanie systemu opieki zdrowotnej będzie systematycznie wzrastało do poziomu 7 proc. PKB w 2027 r.” – zapowiada Prawo i Sprawiedliwość (PiS) wbrew oczywistym faktom. Choć nakłady nominalne rzeczywście rosną, nie można mówić o wzroście wydatków publicznych na zdrowie względem realnego PKB – odsetek oscyluje wokół 5 proc., co jest pewnym postępek w stosunku do okresu przed 2015 r. (4,4-4,8 proc. PKB), ale minimalnym. Dodatkowo w ostatnich latach wzrost wpływów do budżetu NFZ jest generowany głównie przez inflację, która również nie pozostaje bez wpływu na koszty, ale te są jednocześnie stymulowane przez zapadające na poziomie rządu i Sejmu decyzje. Przykładem może być ustawa o minimalnych wynagrodzeniach, za którą nie idzie dostatecznie wysokie finansowanie. Można więc powiedzieć,

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA



że fundament, na którym PiS opiera swój program o „bezpiecznej przyszłości” w zdrowiu, jest nieco chwiejny.

Wbrew apelom samorządu lekarskiego i organizacji związkowych zrzeszających lekarzy PiS nie zamierza się wycofać ze zwiększania liczby miejsc na kierunkach lekarskich i katalogu uczelni, którym przyznaje się prawo do

lekarzy oznacza skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wizytę. Pierwszym krokiem do tego celu powinno być zwiększanie liczby studentów na kierunku lekarskim i innych kierunkach medycznych. W ostatnich latach dokonaliśmy w kraju skoku ilościowego. Nie zatrzymujemy się i chcemy kontynuować proces kształcenia specjalistów. Otwieramy kierunek lekarski na wielu uczelniach. Dzięki nowym ośrodkom maturzyści nie muszą już migrować do dużych miast w celu podjęcia studiów lekarskich, co pomoże zapewnić równy dostęp do specjalistów na terenie całego kraju.

PiS nie planuje likwidacji szpitali powiatowych: „Celem polityki zdrowotnej państwa w aspekcie dostępności geograficznej jest utrzymanie sieci szpitali powiatowych jako lokalnych centrów diagnostyki, wyposażonych w najnowocześniejsze urządzenia”. Choć jednocześnie program głosi, że szpitale powiatowe „w najbliższej przyszłości będą rozwijały funkcję opieki długoterminowej, odpowiadając na wyzwania demograficzne”. Nie będzie likwidacji, będzie zapowiadana od lat restrukturyzacja

Dużą część konkretnych zdrowotnych w czasie konwencji prezentował w imieniu KO były minister zdrowia Bartosz Arłukowicz.

Brawurowo

kształcenia przyszłych lekarzy. – Rosnąca świadomość zdrowotna sprawia, że chcemy lekarza widzieć coraz częściej. Priorytetem jest zwiększenie liczby specjalistów. Robimy to konsekwentnie, wychodząc powoli z zapaści kadrowej, wynikającej z zaniedbania związanego z kształceniem – czytamy w programie, którego autorzy nie pozostawiają nawet marginesu na interpretację. „Większa dostępność



◀ Dla PiS jedynym problemem pacjentów w polskich szpitalach jest fatalna lub przynajmniej nie najlepsza jakość żywienia

fot. Shutterstock.com

oznaczająca „zwijanie” działalności szpitala w jego dotychczasowej formie. W zakresie opieki ambulatoryjnej PiS obiecuje zwiększanie liczby poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), oferujących model opieki koordynowanej (według szacunków samych zainteresowanych, czyli lekarzy POZ, do końca 2024 r. opiekę koordynowaną powinna wdrożyć co trzecia poradnia, dalsze postępy są w tej chwili opatrzone dużym znakiem zapytania), rozgraniczenie kompetencji lekarzy POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz dalsze porządkowanie kolejki, m.in. przez centralną e-rejestrację.

Nic lepiej nie świadczy o kierunku „wielkiej kontynuacji” jak wyciągnięcie na sztandary programu „Dobry posiłek”. Tak jakby jedynym problemem pacjentów w polskich szpitalach, szpitali jako takich i całego systemu ochrony zdrowia była fatalna lub przynajmniej nie najlepsza jakość żywienia.

KOALICJA OBYWATELSKA: KONKRETY, ALE (TYLKO) NA STO DNI

Największa partia opozycyjna do połowy września nie przedstawiła właściwego programu wyborczego, ograniczając się

do mocnego akcentu – 100 konkre-
tów na pierwsze 100 dni rządów.
Dlaczego? Może to mieć związek
z koncepcją dwóch premierów –
Donald Tusk ma zamiar, jeśli tylko
pozwoli na to wynik wyborczy,
stworzyć rząd na nie dłużej niż pół

Gdyby, jak chce Lewica, wydatki na zdrowie
podnieść do 8 proc. realnego PKB, publiczne
wydatki na na ten cel musiałyby w 2024 r.
przekroczyć 300 mld zł

roku i w tym czasie zrealizować
złożone obietnice, ze szczególnym
uwzględnieniem wskazanych wśród
konkretów rozliczeń polityków PiS.
Celem ma być głęboki demontaż
mechanizmów państwa PiS – przy-
najmniej tych, które da się zdemon-
tować ad hoc, nie naruszając zasad
państwa prawa. Po zrealizowaniu
planu „szybkiej zmiany” zmienio-
ny miałby być również premier –
i być może to właśnie on w ramach

drugiego exposé przedstawiałby
program rządów na cztery lata.

Dla ochrony zdrowia sprawa
najwyższej wagi, bo choć wśród
100 konkretów całkiem spo-
ro w mniejszym lub większym
stopniu zahacza o sprawy zdro-
wia, trudno wyciągnąć wnioski,
w jakim kierunku KO chciałaby
przeprowadzić zmiany w sys-
temie. Z całą pewnością widać
konkrety pokazujące determinację
w obszarze tzw. praw prokreacyj-
nych kobiet – KO zobowiązuje się
w ciągu pierwszych stu dni przy-
wrócić dostępność antykoncepcji
awaryjnej bez recepty, wprowadzić
gwarantowany ustawą program
finansowania in vitro z budżetu
państwa (minimum 0,5 mld zł),
zagwarantować dostępność bez-
płatnego znieczulenia przy poro-
dach i zalegalizować aborcję na
żądanie do 12. tygodnia ciąży. Czy
to przekona wyborców, a przede
wszystkim – wyborczynie? Warto
zauważyć, że Nowa Lewica idzie
dalej niż KO: legalna aborcja i bez-
płatna antykoncepcja, edukacja
seksualna w szkołach i finansowa-
nie in vitro – to tylko część haseł.

Z tego pakietu konkretów KO
– abstrahując od kwestii ideologicz-
nych, z czysto systemowego punk-
tu widzenia – gwarancje dostępu do
znieczulenia przy porodach budzą
największe wątpliwości. Powód jest
oczywisty: to nie kwestia „bez-
płatności” czy też „odpłatności”
sprawia, że znieczulenia nie może
zagwarantować rodzącym więk-
szość szpitali, ale dramatyczne
braki kadrowe przy ciągle dużym
rozproszeniu porodówek. Gdyby
KO rzeczywiście chciała dać ro-
dzącym gwarancję znieczulenia,
musiałaby ograniczyć liczbę od-
działów położniczych.

Inna systemowa obietnica KO
to zniesienie limitów na świadcze-
nia szpitalne. Eksperti szacują,
że wiązałoby się to z kosztem ok.
20 mld zł – co nie wydaje się kwotą
przesadzoną, biorąc pod uwagę, że
szpitale w tej chwili konsumują
około połowy wydatków Fundu-
szu na świadczenia – i odsetek
ten jest praktycznie niezmienny.
Zniesienie limitów zawsze brzmi
dobrze w kontekście dostępności –
pytanie jednak, czy rzeczywiście
jest to kierunek racjonalny? Od
lat eksperci apelują o odwrócenie

**MIEDZY OBIETNICĄ, ZAPOWIEDZIĄ
I... OSTRZEŻENIEM?
CO (JESZCZE) PROponUJĄ:****KOALICJA OBYWATELSKA**

- wprowadzenie bonu na profilaktykę i leczenie stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do wykorzystania w każdym gabinecie stomatologicznym oraz przywrócenie opieki dentystycznej w szkołach podstawowych;
- zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej i długoterminowej (dzięki uwolnieniu środków z KPO).

LEWICA

- rozszerzenie pakietu gwarantowanych świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego, w tym o leczenie kanałowe i nowoczesne wypełnienia wszystkich zębów oraz wysokiej jakości protetykę;
- 4 mld zł rocznie na remonty i zakupy sprzętu w szpitalach powiatowych i wojewódzkich;
- systemowe zabezpieczenie zaopatrzenia aptek, walka z wywożeniem leków z Polski przez mafie lekowe, uruchomienie programu rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego;
- leki na receptę po 5 zł.

TRZECIA DROGA

- podniesienie wycen świadczeń.

PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ

- ofensywa inwestycyjna w szpitalach finansowana przez Fundusz Medyczny lub budżet państwa;
- rozszerzenie kompetencji pielęgnarek i innych zawodów medycznych, czyli uwolnienie czasu lekarzy;
- poszerzenie grup docelowych dla istniejących programów profilaktycznych oraz tworzenie nowych programów;
- poszerzenie listy nowoczesnych terapii refundowanych, najbardziej we wskazaniach onkologicznych i kardiologicznych oraz chorobach rzadkich;
- informatyzacja i rozbudowa laboratoriów inspekcji sanitarnych oraz doposażenie ich w nowoczesny sprzęt;
- domknięcie opieki sieciowanej, nie tylko w onkologii i kardiologii, ale też m.in. w neurologii i hematologii.

KONFEDERACJA

- zniesienie podatku cukrowego;
- zniesienie opłaty uzdrowiskowej.

– czy też odwracanie, bo to musi być proces – piramidy świadczeń i przesuwanie jak największej części świadczeń szpitalnych do opieki ambulatoryjnej. Jak ewentualne zniesienie limitów wpłynie na ten proces? To pytanie merytoryczne, ale jest też inne: za co? Skąd wziąć dwadzieścia, może nawet nieco więcej, miliardów złotych?

Tu dochodzimy do głównej sła-
bości konkretów KO – ani słowa
w nich nie ma o poziomie finan-
sowania ochrony zdrowia. Zgoda,
akurat tej decyzji być może nie da
się podjąć w ciągu pierwszych stu
dni. Wymaga ona zapoznania się ze
stanem finansów państwa (spoiler:
jest raczej opłakany), możliwościami
przesunięć w budżecie (spoiler:
bardzo ograniczone). Jednocześnie
KO przez ostatnich kilka lat wal-
czyła z PiS o urealnienie przepisów
ustawy 7 proc. PKB na zdrowie tak,
by odsetek wydatków publicznych
odnosił się do bieżącego PKB. I choć

Powodem, dla którego system ochrony
zdrowia działa nie tak, jakbyśmy sobie
życzyli, jest poziom finansowania, a nie
przeplątywy składki zdrowotnej

w obietnicach na 100 dni tego nie
ma, politycy KO (np. Marek Hok
przy okazji wrześniowej konfe-
rencji towarzyszącej prezentacji
Oncoindexu Onkofundacji Alivia)
podtrzymują deklaracje – koniec
z kreatywną księgowością, według
której 6,2 proc. PKB to w rzeczywi-
stości ok. 5 proc.

Bez znaczącego, skokowego
wzrostu finansowania trudno
zresztą mówić o realizacji dużej
części zdrowotnych obietnic. Uła-
twienia w e-rejestracji (obiecuje je
zresztą również PiS oraz inne ko-
mitety) mogą skrócić i uporządko-
wać kolejki do specjalistów, ale ich
nie zlikwidują. Powiatowe Centra
Zdrowia bez zasobów kadrowych
(znów specjaliści) nie wyrównają
dostępności do świadczeń. I tak
dalej, i tak dalej. Tylko nieliczne
obietnice – jak przywrócenie fi-
nansowania telefonu zaufania dla
dzieci i młodzieży kosztują „tyle co
nic”, a duża część – żeby przywołać
tylko gwarantowane znieczulenia

przy porodach – wymaga po prostu
dużych pieniędzy (poza pomysłem
na realizację i odwagą polityczną).

A skoro jesteśmy przy odwadze.
Dużą część konkretów zdrowot-
nych w czasie konwencji prezen-
tował w imieniu KO były minister
zdrowia Bartosz Arłukowicz.
Brawurowo.

LEWICA: DUŻO WIĘCEJ PIENIĘDZY

Z pieniędzy na zdrowie swoje
główne zobowiązanie robi Nowa
Lewica, idąc do wyborów z hasłem:
minimum 8 proc. PKB na zdrowie.
8 proc. to unijna średnia, ale w przy-
padku Polski – linia horyzontu poza
zasięgiem, biorąc pod uwagę, że na
przyszły rok ekonomiści wieszczą
5,06 proc. realnego PKB. Przelóżmy
to na polskie złote: w 2024 r. we-
dług planu finansowego i projektu
budżetu ze środków publicznych
na ochronę zdrowia mamy wydać
nieco ponad 190 mld zł. Gdyby wy-
datki podnieść do 8 proc. realnego
PKB, który będzie oscylował wokół
3,8 bln zł, publiczne wydatki na
zdrowie musiałyby przekroczyć...
300 mld zł. Nawet gdyby – na po-
czątek – zadowolić się wykreśleniem
z ustawy 7 proc. PKB na zdrowie
metodologii n-2 i urealnić wskaźnik
przewidziany na 2024 r. (6,2 proc.),
potrzebne byłoby znalezienie ok.
50 mld zł w przyszłorocznym bu-
dżecie. Mission impossible? Tak,
dopóki partie nie uchylą rąbka ta-
jemnicy i nie wskażą, skąd wezmą
dodatkowe środki.

Na to raczej jednak przed wy-
borami nie ma szans, bo – patrząc
racjonalnie – nie ma mowy o tak
dużych wzrostach nakładów na
zdrowie bez przynajmniej czę-
ściowego ich pokrycia z wyższej
składki zdrowotnej. Zresztą wielu
ekspertów już od miesięcy powta-
rza, że musimy wrócić do dyskusji
o wyższej składce, a raczej o tym,
jak przekonać Polaków, by zgodzili
się na większe daniny na zdrowie.
Problemy z tym są dwa: po pierwsze,
rządowy i partyjny przekaz o dy-
namicznie rosnących nakładach
na zdrowie utrwalił w społeczeń-
stwie przekonanie, że pieniędzy jest
w bród i więcej nie trzeba (fałsz). Po
drugie, opozycja ściga się w progra-
mach wyborczych na cięcia w po-
datkach (PIT). Kampania wyborcza
nie jest czasem, w którym partie
chciałyby rozpoczynać dyskusję

OBIETNICA ROZLICZEŃ

KO zapowiada rozliczenie rządów PiS, w tym postawienie przed prokuratorem trzech członków kierownictwa Ministerstwa Zdrowia – Łukasza Szumowskiego i Janusza Cieszyńskiego za podejmowane na początku pandemii decyzje dotyczące zakupu respiratorów oraz Adama Niedzielskiego za ujawnienie wrażliwych danych pacjenta-lekarza.

Kilka dni po konwencji KO raport o mocy – jak komentowali publicyści – bomby atomowej, opublikowała jednak Najwyższa Izba Kontroli, przypominając opozycji, że lista błędnych, po prostu złych decyzji w trakcie pandemii była dużo dłuższa, marnotrawstwo środków publicznych daleko wykraczało poza dziesiątki milionów złotych wydane na respiratory (z których część do Polski nie dotarła, część zaś nie nadawała się do użytku), zaś finalnym efektem chaosu była lawina zgonów nadmiarowych, szacowanych w czasie pandemii na ok. 150 tys. NIK skierowała w sprawie m.in. wydatków na szpitale tymczasowe i zakupy sprzętu siedem wniosków do prokuratury (zapowiadając, że to nie jest jeszcze zamknięta lista, bo część wyników kontroli jest w opracowaniu), a także wniosek do Trybunału Konstytucyjnego o stwierdzenie zgodności z Konstytucją ustaw covidowych, co do których prawidłowości już na etapie uchwalania zastrzeżenia miała nie tylko opozycja, ale też eksperci.

Choć raport NIK trudno uznać za zaskakujący – bo fakty w nim przywołane były wielokrotnie opisywane i komentowane, również przez przedstawicieli samorządu lekarskiego – na pewno jest, a w każdym razie powinien być, potężnym impulsem odświeżającym pamięć społeczną, kogo i za co trzeba rozliczyć, przede wszystkim za tragiczny, mierzony w zgonach, bilans pandemii.

o zwiększaniu obciążeń, nawet najbardziej potrzebnych i uzasadnionych. Tym bardziej że wszystkie badania opinii publicznej wskazują na dużą niechęć Polaków do płacenia wyższych składek zdrowotnych.

A skoro o składkach mowa: – Wróćmy do ryczałtowego systemu rozliczania składki zdrowotnej. Skończymy z absurdem składki zdrowotnej od sprzedaży środków trwałych – obiecuje KO. Przywrócenie składki zdrowotnej na poprzednich zasadach (przed wprowadzeniem Polskiego Ładu) z możliwością odliczenia od podatku znalazło się też wśród wyborczych propozycji Trzeciej Drogi.

KONFEDERACJA: WETERYNARYJACJA OCHRONY ZDROWIA?

O składkach mówi też Konfederacja. Mają być płacone „tak jak dotychczas”, tylko że zamiast automatycznie do NFZ, mają być „rozdzielane w formie bonu zdrowotnego pomiędzy wszystkich pacjentów” czy też raczej obywateli. Bo wbrew temu, co sugerują publicyści czy też konkurenci polityczni lub mniej zorientowani w programie Konfederacji również jej członkowie, Konfederacja nie proponuje żadnych nowości w zakresie finansowania ochrony zdrowia. Nie ma mowy o bonie zdrowotnym, po przekroczeniu wartości którego trzeba byłoby płacić za leczenie z własnej kieszeni lub – kuriozum, ale tak właśnie widzą ideę bonu niektórzy politycy tej partii – „pożyczać” bonu od rodziny i znajomych na sfinansowanie operacji czy kosztownej terapii. Nie. Bon miałby zastąpić składkę zdrowotną, którą w tej chwili płaci część ubezpieczonych w różnej wysokości. Suma tych składek byłaby dzielona po równo na wszystkich uprawnionych do świadczeń. Wynik dawałby wartość bonu, z którym każdy „udawałby się” do swojego ubezpieczyciela, bo Konfederacja zakłada oczywiście zniesienie monopolu NFZ, a może nawet jego likwidację. Brzmi może kusząco, może innowatorsko, ale to już było i niczego nie zmienia. Dlaczego?

Powodem, dla którego system ochrony zdrowia działa nie tak, jakbyśmy sobie życzyli, jest poziom finansowania, a nie przepływy składki zdrowotnej. Oczywiście, jednym

z powodów. Problem polega na tym, że głównym. Są i inne, ale odpowiedź na żaden z nich nie jest szukanie wzorców dla funkcjonowania medycyny i ochrony zdrowia w opiece weterynaryjnej, jak rekomenduje partia Sławomira Mentzena.

TRZECIA DROGA: KRÓTSZE KOLEJKI. I KSZTAŁCENIE LEKARZY

Komitet współtworzony przez Polskę 2050 i PSL obiecuje, że jeżeli pacjent w systemie publicznym nie będzie miał zapewnionego dostępu do lekarza w ciągu 60 dni, NFZ zapłaci za wizytę prywatną. To zapożyczenie z duńskiego systemu, w którym zresztą czas oczekiwania musi być o połowę krótszy. Trzecia Droga akcentuje zwłaszcza dostępność w gminach do opieki ginekologicznej. To pokłosie m.in. raportów NIK o dramatycznie słabej dostępności do ginekologów w populacji kobiet mieszkających na wsiach i w małych miasteczkach oraz do psychiatrów dziecięcych.

Koalicja, której liderami są Szymon Hołownia i Władysław Kosiniak-Kamysz, chce też zwiększenia liczby lekarzy przez skrócenie studiów do pięciu lat oraz „ułatwienia w zdobyciu specjalizacji”. Można więc postawić pytanie, czy dewastacja systemu kształcenia przeddyplomowego, którą firmuje partia rządząca, nie jest politykom innych opcji na rękę – co tłumaczyłoby nieobecność tematu w programach pozostałych ugrupowań. Przypomnijmy, że w 2029 r. Lewica domagała się zwiększenia liczby miejsc na studiach lekarskich o 50 proc. Koalicja Obywatelska, która w ostatniej kadencji zwracała uwagę na niebezpieczeństwa związane z obniżaniem wymagań wobec uczelni ubiegających się o prawo otwierania kierunków lekarskich (przy okazji prac nad kolejnymi zmianami w przepisach), nie umieściła punktu dotyczącego kształcenia na liście konkretnych. A Konfederacja? Cóż. Sławomir Mentzen publicznie deklaruje, że do leczenia należy dopuścić również osoby bez wykształcenia medycznego, nie tylko te, które poszły na uniwersytet. Bo wiejska baba potrafi tak ponaciśnąć złamaną rękę, że przestaje boleć.

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



Fot.: Karolina Baryzeł/Dział Komunikacji NIL

WYBORY 2023

Kandydaci do Sejmu i Senatu w Izbie

KAROLINA KOWALSKA, ALICJA SZCZYPCHYK

28 kandydatów na parlamentarzystów spotkało się z prezesem i wiceprezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, by porozmawiać o najważniejszych sprawach dla środowiska lekarskiego.

Dziękuję, że zdecydowali się Państwo kandydować do Parlamentu i chcą wziąć odpowiedzialność za kształt otaczającej nas rzeczywistości. Choć reprezentują Państwo różne opcje polityczne, ponad podziałami łączy nas troska o dobro drugiego człowieka. Chciałbym porozmawiać o problemach, które dotyczą również Państwa na co dzień w zawodzie, a o których rozwiązania będą pewnie Państwo walczyć w świecie politycznym. Dziś pokazujemy wyraźnie, że zdrowie nie ma barw politycznych i że możliwy jest dialog oparty na tym, co łączy, a nie dzieli – powitał lekarzy i lekarzy dentyistów kandydujących do parlamentu prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) Łukasz Jankowski.

Podczas spotkania, które odbyło się 14 września w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, prezes Jankowski i wiceprezes NRL Klaudiusz Komor przypomnieli główne postulaty samorządu lekarskiego, które zdaniem Prezydium NRL powinny przyświecać przyszłym posłom i senatorom.

– Chcemy Państwa wesprzeć i zachęcać do głosowania na lekarzy, by w parlamencie było jak najwięcej przedstawicieli naszego środowiska i aby ważne dla nas tematy stały się priorytetem polityki – mówił wiceprezes Komor.

DLA DOBRA PACJENTÓW

Prezes Jankowski podkreślił, jak ważne jest wprowadzenia systemu *no fault* znoszącego odpowiedzialność karną z lekarzy i lekarzy dentyistów oraz zapobieganie otwieraniu nowych kierunków lekarskich na uczelniach niespełniających wymogów nauczania. – Uderzając w bezpieczeństwo lekarzy, uderza się w bezpieczeństwo pacjentów. Dlatego przygotowaliśmy własny projekt ustawy o jakości. Choć mentalność częściowo się zmienia, co widać na przykładzie funduszu kompensacyjnego, idea *no fault* wciąż się wymyka i brakuje realnych rozwiązań – tłumaczył prezes NRL. Odniósł się także do

zmian w kształceniu przyszłej kadry medycznej: – Rozmach towarzyszący otwieraniu kierunków lekarskich bez odpowiedniego zaplecza doprowadzi do sytuacji, w której będziemy mieli „prawie lekarzy” w „prawie systemie” – ocenił prezes NRL.

Kandydaci byli zgodni, że ich głównym celem jest dobro pacjentów. – Zdrowie powinno być apolityczne. To czas, byśmy mówili jednym głosem tych, którzy ratują ludzkie życie – mówiła dr n. med. Agnieszka Gorgoń-Komor, kandydatka do Senatu z Okręgu 78 w Białymostku, teraz senator X Kadencji. Zwróciła uwagę, że obecnie żadna opcja polityczna nie bierze lekarzy w obronę: – Dzieje się tak dlatego, że uważa się nas za dobrze zarabiających, dobrze sytuowanych i pomija w walce o wynagrodzenia przedstawicieli zawodów medycznych czy poprawę warunków ich pracy. Stąd prośba, byśmy dbali o swój wizerunek, który jest szczególnie ważny, gdy wykonuje się jednocześnie zawód lekarza i parlamentarzysty – dodała dr Gorgoń-Komor.

WPROWADZIĆ ROZSĄDEK

Jakub Szczepański, kandydujący do Sejmu z województwa lubuskiego, podkreślił, że nie jest związany z żadną partią polityczną: – Pamiętajmy, że jesteśmy grupą zawodową, która może, ale nie musi kandydować do parlamentu. Dlatego przewodniczący partii nie może nam wmawiać, co czujemy. Jesteśmy środowiskiem, które może wprowadzić rozsądek w polskiej polityce – podkreślał.

Kandydaci zapewniali, że w Parlamencie chcą walczyć także o sprawy istotne dla lekarzy: – Mam dwoje dzieci, z których jedno wyjechało z Polski, nie mogąc wybrać wymarzonej specjalizacji. Chciałabym, żeby w przyszłości młodzi lekarze nie musieli stawać przed takim wyborem i opuszczać kraju – podkreślała lek. dent. Jolanta Szejewska ze Szczytna.

Prezesa NRL wyraził nadzieję na stworzenie parlamentarnego zespołu lekarzy współpracującego na bieżąco z samorządem lekarskim, co dałoby możliwość bezpośredniego kontaktu ze wszystkimi opcjami politycznymi oraz merytorycznej wymiany poglądów na temat najistotniejszych procesów legislacyjnych dotyczących systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

W spotkaniu uczestniczyli kandydaci do Sejmu RP: dr n med. Krzysztof Bojarski, lek. Marek Bruzdowicz, lek. Radosław Czosnowski, lek. Maria Dubiel, lek. Czesław Ducki, lek. Ireneusz Dzik, lek. Kaja Filaczyńska, dr. hab. n. med. Robert Gajda, lek. Maria Górniak, lek. Grzegorz Kardas, lek. Jarosław

Kosior, lek. dent. Waław Jan Kroczeł, lek. Jarosław Lesiakowski, lek. Zuzanna Lewandowska-Pietruszka, lek. dent. Zbigniew Michałek, lek. Andrzej Pecka, lek. Bolesław Piecha, lek. Marcin Sowiński, lek. Jakub Szczepański, lek. dent. Jolanta Szelejewska, lek. Renata

Tokarek, lek. dent. Beata Zdanowska. Kandydaci do Senatu RP, którzy wzięli udział w spotkaniu to: lek. Andrzej Fojcik, lek. Agnieszka Gorgoń-Komor, prof. Krzysztof Gutkowski, lek. Anna Majda, lek. Paweł Szajda, lek. Artur Zalewski.

KANDYDACY DO SEJMU



BASHAR AL-SHAER

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 4

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



BARTOSZ ADAM ARŁUKOWICZ

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 40

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



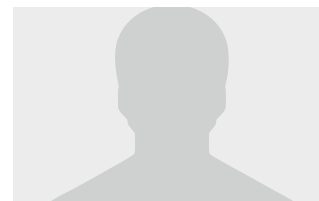
BARBARA ALDONA

BARSZCZEWSKA

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 7

KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



ELŻBIETA MARIA BOGUMIŁŁO

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 18

KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

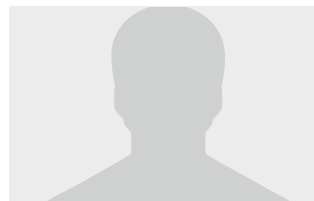


KRZYSZTOF BOJARSKI

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 6

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



ANDREA BOŽIČEVIĆ-STĘPIEŃ

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 12

KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



MAREK BRUZDOWICZ

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 5

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



ROMAN MAREK CHWEDOROWICZ

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 6

KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



ALICJA PAULINA CHYBICKA

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 3

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



ZBIGNIEW ADAM CIERPIŚ

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 19

KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



RADOSŁAW MARIA CZOSNOWSKI

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 13

KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



ALICJA DĄBROWSKA

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 19

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI

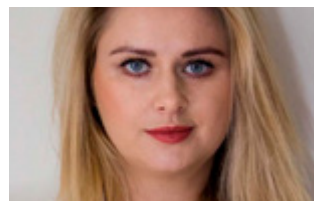


ANNA DĄBROWSKA-BANASZEK

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 7

KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MAJA KATARZYNA DROŹDŹAK

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 23

KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



MIROSŁAW ANTONI DRÓŹDŹ

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 13

KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MARIA ROMANA DUBIEL

LEKARZ

OKRĘG WYBORCZY: 6

KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



DARIUSZ STANISŁAW DUBIS
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 22
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



CZESŁAW DUCKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 19
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



IRENEUSZ MAREK DZIAK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 19
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



KAJA FILACZYŃSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 1
KW NOWA LEWICA



ROBERT ANDRZEJ GAJDA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 18
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



WŁODZIŚŁAW SŁAWOMIR GIZIŃSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 4
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



URSZULA MARIA GOZDALSKA-SŁOWIK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 40
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



LESZEK STANISŁAW GRUSZECKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 20
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



JACEK GRZEBIELUCH
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 2
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



MARIA GÓRNIAK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 2
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



CZESŁAW HOC
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 40
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



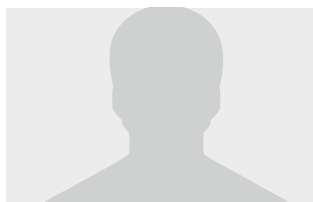
MAREK TOMASZ HOK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 40
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



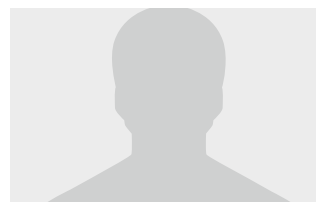
IWONA JANINA HOLCMAN-FIDOR
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 22
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



ZBIGNIEW MIROSŁAW HOMZA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 35
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



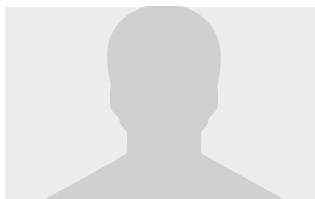
PIOTR JANOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 13
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



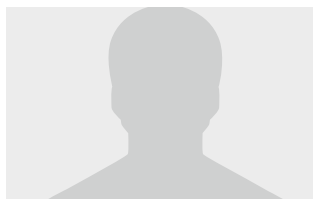
BARBARA GRAŻYNA KABACIŃSKA-KOSTKOWSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 4
KW POLSKA JEST JEDNA



GRZEGORZ TYMOTEUSZ KARDAS
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 9
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



STANISŁAW ADAM KARPIŃSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 33
KW NOWA LEWICA



RAFAŁ LEON KASICA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 33
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



JAROSŁAW PAWEŁ KATULSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 4
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



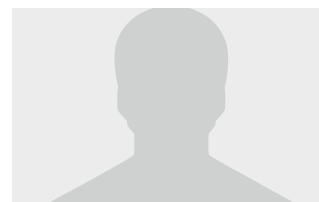
JAROSŁAW MAREK KLESZCZEWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 32
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



JACEK EUGENIUSZ KOCOT
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 31
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



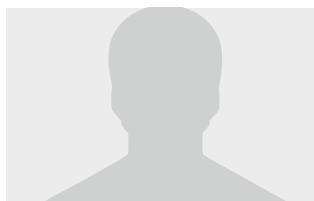
ROMAN JACEK KOLEK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 21
KWW MNIEJSZOŚĆ NIEMIECKA



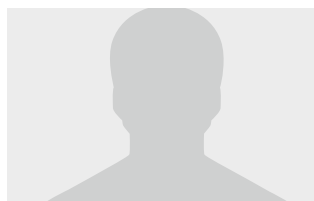
RAFAŁ PAWEŁ KOMAREWICZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 13
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



ZBIGNIEW ADAM KONIUSZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 33
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



SYLWIA MAŁGORZATA KOPACZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 13
KW POLSKA JEST JEDNA



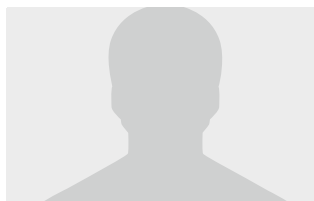
MAGDALENA KOPEĆ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 37
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



ANDRZEJ JERZY KORKOSZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 7
KW NOWA LEWICA



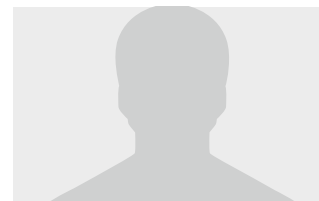
WŁADYSŁAW MARCIN KOSINIAK-KAMYSZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 15
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



JAROSŁAW KOSIOR
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 17
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



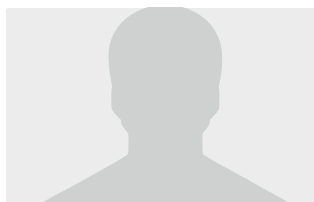
WACŁAW JAN KROCZEK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 29
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



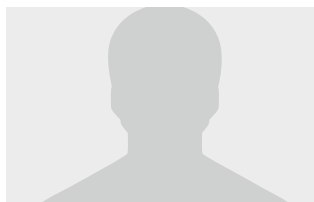
MICHAŁ BAZYLI KRZAK
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 11
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MICHAŁ KRZYSTANEK
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 6
KW NOWA LEWICA



KRZYSZTOF KWIRYN KUBIS
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 30
KW NOWA LEWICA



IZABELA MARIA KULEC-KACZMAREK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 40
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



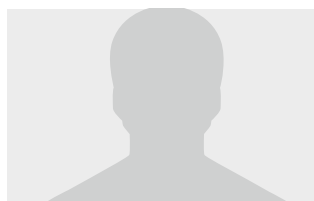
JAROSŁAW EDWARD LESIAKOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 34
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



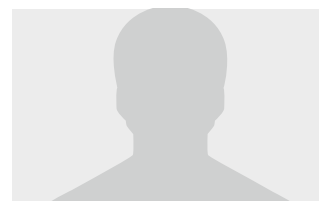
WŁODZIMIERZ TADEUSZ LESZCZYŃSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 10
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



ZUZANNA SARA LEWANDOWSKA-PIETRUSZKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 39
KW NOWA LEWICA



RADOSŁAW LUBCZYK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 40
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



JOLANTA ŁUNIEWSKA-BURY
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 9
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



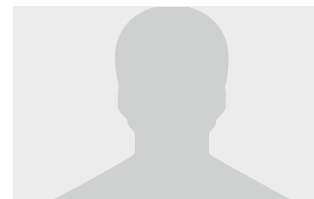
ZDZISŁAWA MADEJ-KWAPISZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 1
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



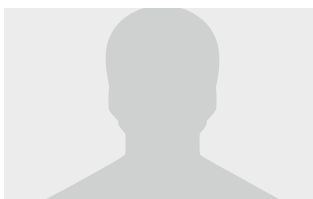
PIOTR JAN MARCZYŃSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 20
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



MAREK ANTONI MARECKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 19
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



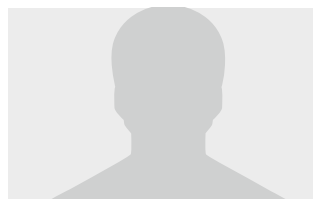
DARIUSZ JAROSŁAW MATUSZEWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 3
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



TOMASZ MARIUSZ MATUSZEWSKI
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 29
KW POLSKA JEST JEDNA



PAWEŁ MICHAŁ MAZUR
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 32
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



ZBIGNIEW JAN MICHAŁEK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 25
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



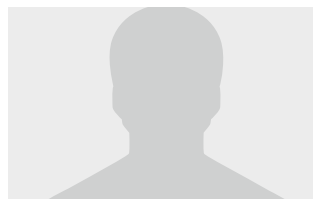
RAJMUND TADEUSZ MILLER
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 21
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



STANISŁAW MISZTAŁ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 7
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



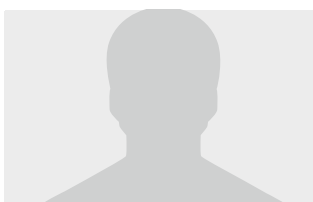
WIESŁAW STANISŁAW MORAWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 22
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



DAWID PAWEŁ MURAWA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 39
KW NOWA LEWICA



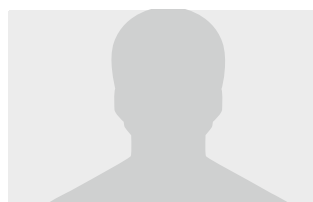
WOJCIECH BOLESŁAW OCZKOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 28
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



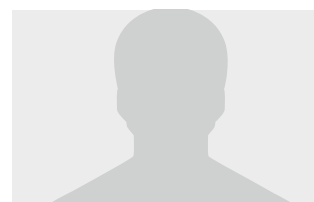
KRZYSZTOF JERZY OLSZEWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 4
KW POLSKA JEST JEDNA



CEZARY PIOTR PAKULSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 41
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



IZABELA PAŁGAN
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 5
KW POLSKA JEST JEDNA



MAREK JAROSŁAW PAPIS
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 31
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



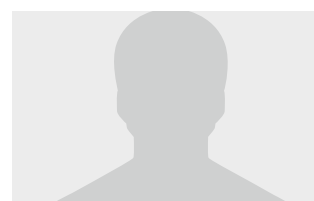
PIOTR KONRAD PARCHETA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 6
KW POLSKA JEST JEDNA



ANDRZEJ LESZEK PECKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 25
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



BOLESŁAW GRZEGORZ PIECHA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 30
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MAREK TADEUSZ PIOTROWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 7
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



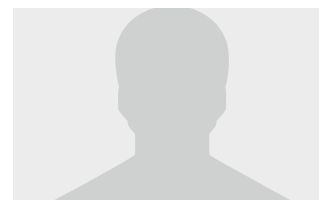
ELŻBIETA ALINA PISKORZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 20
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



ELŻBIETA TERESA PŁONKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 8
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



SŁAWOMIR RUDOLF RADWAŃSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 22
KW NOWA LEWICA



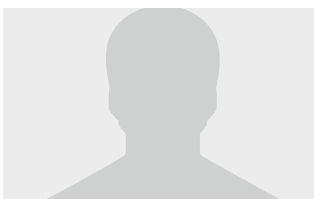
JAN ZBIGNIEW RAUCH
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 12
KW NOWA LEWICA



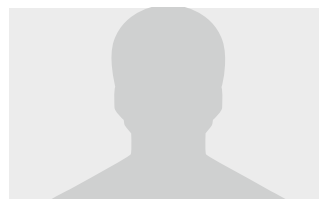
MAGDALENA KLARA RAWSKA-WNĘK
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 23
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



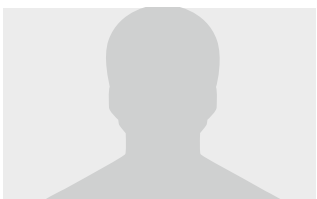
ELŻBIETA JULIANNA ROŚCISZEWSKA
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 18
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



TERESA STANISŁAWA RĘKOSIEWICZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 36
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



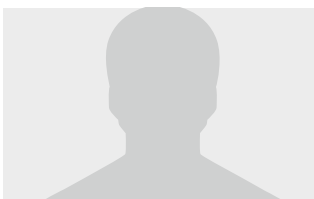
KRZYSZTOF PIOTR ROŻNOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 4
KW POLSKA JEST JEDNA



MARTA MARIA SIEDECKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 10
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



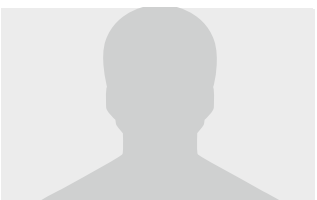
ANDRZEJ WIESŁAW SIELAŃCZYK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 29
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



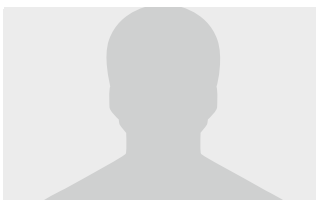
ANDRZEJ SKRĘTEK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 33
KW NOWA LEWICA



AGATA MAGDALENA SMOŁA
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 15
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



DARIUSZ WOJCIECH SOBIERAJ
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 22
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



JADWIGA GABRIELA SOKOŁOWSKA-ALSHIMISAWI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 33
KW NORMALNY KRAJ



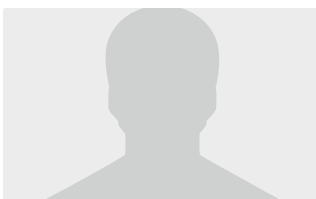
ANDRZEJ STANISŁAW SOŚNIERZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 31
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MARCIN BARTOSZ SOWIŃSKI
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 41
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



MAŁGORZATA IRENA ALEKSANDRA STRYSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 39
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



PIOTR JERZY SUSZKO
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 13
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



JAKUB SZCZEPAŃSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 8
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



JOLANTA SZPEJEWSKA
LEKARZ DENTYSTA
OKRĘG WYBORCZY: 35
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



MAŁGORZATA EWA SZYMAŃSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 19
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



KATARZYNA SÓJKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 36
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



RENATA TOKAREK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 11
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO. N IPL ZIELONI



GRZEGORZ TOMASIAK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 14
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



WITOLD STANISŁAW TOMCZAK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 36
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



EWA BEATA WENDROWSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 10
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



ZDZISŁAW WOLSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 28
KW NOWA LEWICA



TOMASZ WOŁOSZYN
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 22
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



JADWIGA MARIA WOZIKOWSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 4
KW POLSKA JEST JEDNA



ANDRZEJ PIOTR WYŘĘBEK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 35
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



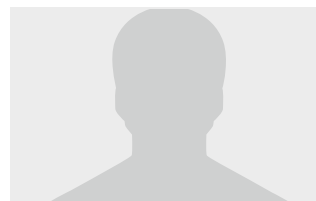
WALDEMAR ZARĘBSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 23
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



BEATA ZDANOWSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 6
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



WOJCIECH MIROŚLAW ZIÓLKOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 11
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



WOJCIECH ŻBIKOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 35
KW POLSKA JEST JEDNA



ZBIGNIEW ŻYŁA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 13
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY

KANDYDACI DO SENATU



WŁODZIMIERZ BODNAR
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 58
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



ARTUR STANISŁAW BURAK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 54
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



DOROTA CZUDOWSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 3
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



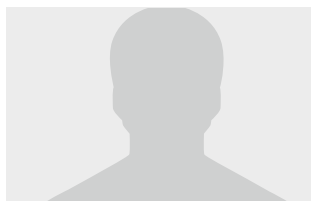
ANDRZEJ RYSZARD FOJCIK
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 73
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



AGNIESZKA ALEKSANDRA GORGON-KOMOR
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 78
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



TOMASZ PAWEŁ GRODZKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 97
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



KRZYSZTOF GUTKOWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 56
KWW PROFESORA KRZYSZTOFA GUTKOWSKIEGO



STANISŁAW KARCZEWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 49
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



BOGDAN ADAM KLICH
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 33
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



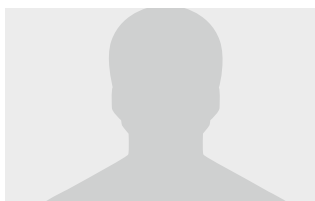
WOJCIECH JAN KONIECZNY
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 69
KW NOWA LEWICA



WALDEMAR JERZY KRASKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 48
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MAREK LIPIEC
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 19
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



ANNA MAJDA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 93
KKW TRZECIA DROGA PSL-PL2050 SZYMONA HOŁOWNI



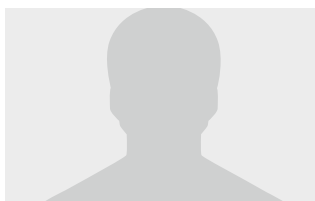
BEATA MARIA MAŁECKA-LIBERA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 76
KKW KOALICJA OBYWATELSKA PO .N IPL ZIELONI



BOGUSŁAWA ORZECZOWSKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 85
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



KRZYSZTOF JAN OSTROWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 92
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



JAN TADEUSZ POKRYWKA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 5
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ



ZBIGNIEW PURPUROWICZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 86
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



PAWEŁ PIOTR SZAJDA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 67
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



SŁAWOMIR KAZIMIERZ SZEŁIGA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 10
KW BEZPARTYJNI SAMORZĄDOWCY



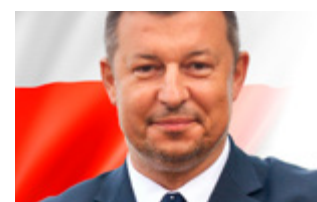
RAFAŁ JÓZEF ŚLUSARZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 1
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



ANDRZEJ FRANCISZEK WOJTYŁA
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 96
KW PRAWO I SPRAWIEDLIWOŚĆ



MARIUSZ KAZIMIERZ WÓJTOWICZ
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 71
KWW MARIUSZ KAZIMIERZ WÓJTOWICZ



ARTUR ZBIGNIEW ZALEWSKI
LEKARZ
OKRĘG WYBORCZY: 87
KW KONFEDERACJA WOLNOŚĆ I NIEPODLEGŁOŚĆ

Nie z wszystkimi kandydatami udało się nam skontaktować, nie wszyscy też zgodzili się udostępnić swoje zdjęcia

fot.: Archiwum prywatne, KKW Koalicja Obywatelska PO .N IPL Zieloni, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu, Marta Marchlewska-Wilczak / Kancelaria Senatu, Świętokrzyski Urząd Wojewódzki, Adrian Grycuk, materiały komitetów wyborczych

Patronat Gazety Lekarskiej

GNIEZNO

Bioetyka i współczesne wyzwania

Naczelna Izba Lekarska wspólnie z Wielkopolską Izbą Lekarską zapraszają na I ogólnopolską konferencję naukowo-szkoleniową o współczesnych wyzwaniach bioetyki. Konferencja jest dwudniowa. Pierwszy dzień, 13 października 2023 r., i tematy, które się wtedy pojawiają, są skierowane do przewodniczących, zastępców i innych przedstawicieli komisji bioetycznych przy OIL. Wśród zagadnień poruszonych tego dnia nie może zabraknąć funkcjonowania

komisji bioetycznych w kontekście aktualnych przepisów prawnych czy roli takich komisji w ocenie rzetelności i bezpieczeństwa eksperymentów medycznych z udziałem ludzi. Zainteresowani mogą się zapisać do 6 października na stronie: eduwil.pl/wydarzenie/konferencja-bioetyczna/. Koszt udziału w konferencji to 250 zł.

Drugi dzień, czyli 14 października, jest otwarty również dla pozostałych

komisji bioetycznych działających w Polsce i dla wszystkich zainteresowanych tematyką bioetyki. Uczestnicy będą dyskutowali m.in. o ograniczeniach związanych z etycznym i prawnym zakazem komercjalizacji ludzkiego materiału biologicznego czy o ochronie prywatności w badaniach genomicznych. A wszystko to w pierwszej stolicy Polski Gnieźnie w hotelu Ibis Styles.

ŁÓDŹ

Jak wspierać rozwój dziecka

Lekarze, psycholodzy, pedagodzy czy logopedzi – każdy znajdzie coś interesującego na organizowanej przez Fundację Kolorowy Świat konferencji naukowej. W końcu tematyka wspierania rozwoju dziecka jest ważna dla wielu specjalistów. W tym roku tematem przewodnim jest wczesne wspomaganie. Uczestnicy konferencji, poza możliwością zapoznania się z najnowszymi badaniami dotyczącymi zaburzeń rozwojowych oraz strategiami pomocy terapeutycznej czy neurologopedycznej,

będą mieli możliwość wymiany doświadczeń z wieloma cenionymi ekspertami.

Mogą również liczyć na wiele ciekawych warsztatów i wykładów, a wśród nich na takie tematy jak: mózgowe zaburzenie widzenia wśród noworodków i niemowląt z grup wysokiego ryzyka, terapia CIMT kontra BIM, terapia jako zastosowanie dynamicznej stymulacji motorycznej do uzyskania mobilności i samodzielności, chirodantyczna praca na asymetriach czaszkowych,

znaczenie słuchu dla ruchu czy nowe wytyczne dotyczące wczesnego wykrywania i interwencji w MPD. Ciekawym zagadnieniem może też być praca z dzieckiem w aspekcie treningu jedzenia. A to tylko niektóre z licznych zagadnień w programie.

Organizatorzy zapraszają w październiku (6-7) do Łodzi. Więcej o samej konferencji i na temat zapisów na <https://www.kolorowyswiat.org/pl/nasze-projekty/konferencja-naukowa>.

KAJETANY

Jedno zdrowie – Kongres „Zdrowie Polaków 2023”

One Health – Jedno Zdrowie” – koncepcja, według której środowisko przyrodnicze człowieka razem ze światem roślinnym i zwierzęcym oraz zdrowie populacji ludzkiej pozostają w ścisłym sprzężeniu zwrotnym – będzie hasłem przewodnim tegorocznej, piątej już edycji Kongresu „Zdrowie Polaków 2023”, organizowanej 13-14 listopada 2023 r. w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach i kilku ośrodkach w kraju.

W tym roku wydarzenie organizowane przy współpracy Komitetu Nauk Klinicznych

Polskiej Akademii Nauk, Rady Głównej Instytutów Badawczych, Światowego Centrum Słuchu, Instytutu Narządów Zmysłów oraz fundacji „Po Pierwsze Zdrowie”, skupi uwagę ekspertów wokół tematu, który stanowi klucz do zrozumienia zależności między zdrowiem człowieka a jakością środowiska, w którym żyje. – Chcemy pod hasłem „One Health – Jedno Zdrowie” skupić się na integralnym podejściu do zdrowia, które uwzględni wpływ środowiska naturalnego, zwierząt i człowieka na ogólną

równowagę zdrowotną. To perspektywa, dzięki której można zobaczyć bardzo wyraźnie, że zdrowie jednostki i zdrowie ekosystemu są ze sobą nierozdzielnie związane – tłumaczy przewodniczący Rady Programowej kongresu prof. Henryk Skarżyński. I zapowiada, że wybitni eksperci z różnych dziedzin medycyny, nauki, ochrony środowiska, a także decydenci i praktycy przybliżą znaczenie tego holistycznego podejścia dla poprawy zdrowia Polaków. Więcej informacji: kongres-zdrowiepolakow.pl

Konsultacje dermatologiczne

Na szkolenie „Konsultacje dermatologiczne”, które odbędzie się 19 października 2023 r. zaprasza do warszawskiego hotelu BOSS przy ul. Żwanowieckiej 20 redakcja czasopisma „Klinika Nowa”. Szkolenie, którego opiekunem merytorycznym będzie prof. Irena Walecka – kierownik Kliniki Dermatologii CMKP w Warszawie, mazowiecki konsultant wojewódzki w dziedzinie dermatologii i wenerologii, prowadzone będzie zarówno stacjonarnie, jak i online. Gościem szkolenia będzie również konsultant krajowy w dziedzinie dermatologii i wenerologii prof. Witold Owczarek, który wygłosi wykład na temat łuszczycy i łuszczycy stawowej.

Podczas szkolenia poruszone zostaną tematy dotyczące nowotworów skóry, AZS, pokrzywki, łysienia, trądziku, chorób paznokci, leczenia zmian naczyniowych, chorób grudek-złuszczających, etc. Wykładowcy przedstawią również możliwości wykonania drobnych zabiegów dermatologicznych oraz wskazówki postępowania w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu. Po każdej sesji tematycznej wykładowcy odpowiedzą na wszystkie pytania, a uczestnicy szkolenia wezmą udział w merytorycznym quizie z nagrodami.

Każdy z uczestników szkolenia otrzyma imienny certyfikat Okręgowej Izby Lekarskiej oraz specjalne wydanie czasopisma „Klinika Nowa” zawierające poruszane tematy w formie artykułów poglądowych, przydatne w codziennej praktyce zawodowej.

Organizatorzy zapraszają młodych lekarzy, rezydentów oraz wszystkich praktykujących lekarzy. Więcej szczegółów na stronie www.klinika.com.pl ●

AKTUALNOŚCI

Fikcyjny sukces

MAŁGORZATA SOLECKA
DZIENNIKARKA

Wzrost sum wydawanych w systemie ochrony zdrowia jest pozorny,
bo nie idzie za nimi wzrost dostępności do świadczeń.

Zgodnie z ustawą zapewniającą wzrost nakładów na ochronę zdrowia poziom publicznych wydatków na zdrowie w 2024 r. powinien osiągnąć minimum 6,20 proc. PKB. Jednak Federacja Przedsiębiorców Polskich (FPP) szacuje – na podstawie dostępnych w tej chwili danych – że realnie na zdrowie wydamy 5,06 proc. PKB i jeśli nie nastąpią żadne znaczące zmiany, ochrona zdrowia odczuje tąpnięcie nakładów.

Tuż przed Forum Ekonomicznym w Karpaczu FPP przedstawiła dziennikarzom kolejną edycję Monitora Finansowania Ochrony Zdrowia. Jak mówił Łukasz Kozłowski, główny ekonomista FPP, rok 2024 jest – już w tej chwili – specyficzny z dwóch powodów. Po pierwsze, w planie finansowym NFZ po raz pierwszy od uchwalenia ustawy 6 proc. PKB na zdrowie (w tej chwili – 7 proc.) uwzględniono dotację podmiotową z budżetu państwa: wcześniej była ona zerowa, teraz ma wynieść 8 mld zł (choć jej ostateczna wysokość nie jest jeszcze znana). Ale jest drugi powód, przysparzający znacznie więcej zmartwień. To pierwszy rok, w którym na etapie planowania wydatki na zdrowie są określone na poziomie minimum wymaganego przez ustawę. Wcześniej zawsze była nadwyżka względem celu określonego ustawą.

Uwzględniając wielkości wynikające z uchwalonej ustawy budżetowej oraz planu finansowego NFZ, publiczne wydatki na zdrowie w 2024 r. powinny wynieść 190,9 mld zł (wzrost o 5,9 mld zł w stosunku do 2023 r.). Porównując tę wartość z PKB prognozowanym na 2024 r. (3,771 mld zł), przekłada się to na wydatki na poziomie 5,06 proc. PKB, tj. o 1,14 pkt. proc. poniżej wymaganego celu ustawowego (ale liczonego według

międzynarodowej metodologii). Jednak zgodnie z ustawą wydatki za rok bieżący porównuje się z PKB sprzed dwóch lat (w 2022 r. 3,078 mld zł). W efekcie, zgodnie z definicją przyjętą na potrzeby ustawy, wydatki na zdrowie wyniosą 6,2 proc. PKB w 2024 r.

KORZYSTNY BUDŻET?

Na papierze czy też ekranie monitora wszystko będzie się zgadzać – można jednak żywić uzasadnione obawy, że przyszły rok dla ochrony zdrowia będzie prawdziwym testem odporności. Używając terminologii wojennej – strefą zgniotu.

Rząd się nie chwali (pytanie dlaczego jest bardzo na miejscu), ale wszystko wskazuje, że w 2023 r. osiągniemy wskaźnik 7 proc. PKB wydatków publicznych na zdrowie.

Na papierze i ekranie monitora wszystko będzie się zgadzać. Można jednak żywić obawy, że przyszły rok dla ochrony zdrowia będzie testem odporności

Oczywiście, według metodologii ustawowej – ale to jedyna, której politycy partii rządzącej używają, więc powinni od tygodni, jeśli nie miesięcy, codziennie ogłaszać sukces. A wokół tematu jest cicho. Ba, podczas prezentowania projektu budżetu na 2024 r. premier Mateusz Morawiecki podkreślał, że wydatki będą zgodnie z ustawą wynosić 6,2 proc. PKB i jest to budżet dla ochrony zdrowia niezwykle korzystny.

Dlaczego politycy ukrywają sukces osiągnięcia celu cztery lata przed terminem? Czyżby zdawali sobie sprawę, że żadnego sukcesu nie ma (i nigdy nie było), bo metodologia N-2 to jedna wielka mistyfikacja? 7 proc. PKB, nawet przekroczone, to efekt wysokiej inflacji z lat 2022-2023, która powoduje, że PKB z roku 2021 jest dramatycznie niższe od tegorocznego. W dodatku w tym roku w plan finansowy Funduszu wkalkulowana jest gigantyczna, przekraczająca 18 mld zł strata, która pozwala na sfinansowanie koniecznych wydatków. Wyczyszczenie funduszu zapasowego niemal do zera i ujemny wynik finansowy nie jest jednak strategią wielokrotnego użytku – taki manewr w tej skali trudno będzie powtórzyć. Wszystko to sprawia, że wydatki na zdrowie w 2023 r. przekroczą 7 proc. PKB z roku 2021, ale realny odsetek też będzie stosunkowo wysoki – blisko 5,4 proc. W przyszłym roku ma „szansę” spaść o ponad 0,3 pkt. proc. Czy to duża różnica? Trzymając się retoryki polityków Prawa i Sprawiedliwości – ogromna, skoro wydatki na zdrowie z roku 2015 stanowiące 4,5 proc. PKB były rażąco niskie, a wydatki z roku 2020 w wysokości oscylującej wokół 4,7 proc. PKB wzrosły w stosunku do tych sprzed pięciu lat „skokowo” i „bezprecedensowo”.

Warto zwrócić uwagę na garść innych danych. W ostatnich latach wydatki na zdrowie dwukrotnie przebiły barierę 5 proc. bieżącego PKB – w 2021 r. i w roku bieżącym – za każdym razem oscylując wokół 5,4 proc. W 2022 r. spadły poniżej 5 proc. (4,91 proc.), a w 2024 r.,

bazując na obecnie dostępnych danych, można się spodziewać, że wyniosą ok. 5 proc. (5,06 proc.) realnego PKB. Wzrost finansowania w latach 2021 i 2023 był sztuczny – za pierwszym razem napompowały go wydatki związane z COVID-19, za drugim – inflacja i zgoda na ujemny wynik finansowy Funduszu. Bez nadzwyczajnych okoliczności szklany sufit jest ustawiony przy obecnym modelu finansowania na poziomie 5 proc. To górna granica organicznego wzrostu wydatków na zdrowie.

STOIMY W MIEJSCU

– Zaplanowane 190,9 mld zł na zdrowie to absolutny plan minimum, ponieważ ustawa o 7 proc. PKB nie pozwala na wydanie niższej kwoty – mówił Łukasz Kozłowski podczas prezentacji raportu, zwracając uwagę na niebezpieczeństwo zwiększania się luki między rzeczywistymi a zakładanymi ustawą (w wersji N-2 i N) poziomami nakładów. – Analizując obecne regulacje, przewidujemy, że do realizacji założeń ustawy dotyczącej 7 proc. PKB na zdrowie zabraknie 87,8 mld zł – wskazywał. Środki brakujące do osiągnięcia celu ustawowego to w perspektywie roku 2027 54,2 mld zł, zaś gdyby chcieć osiągnąć realny odsetek 7 proc. PKB – trzeba byłoby doliczyć kolejne 33,6 mld zł.

Z przedstawionych danych finansowych wynika niezbiecie, że stoimy w miejscu. Nakłady nominalnie rosną, ich wartość względem PKB co najwyżej jednak tylko faluje, nawet jeśli odbija w górę, to w kolejnym roku wyraźnie spada. FPP sprawdziła również, jak wygląda to od strony dostępności do świadczeń zdrowotnych. – Finansowanie głównych rodzajów świadczeń zwiększyło się w latach 2016-2022 o blisko 80 proc. w wartościach nominalnych, ale po uwzględnieniu inflacji – o ok. jedną trzecią, a w relacji do nominalnej dynamiki PKB – o zaledwie 1,5 proc. – mówił Łukasz Kozłowski.

Jeśli chodzi o POZ, AOS i szpitalnictwo, sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana. Wydatki na POZ wzrosły nominalnie o 61 proc., wzrost skorygowany o inflację wyniósł 19 proc., zaś wzrost skorygowany o nominalny PKB był ujemny (-9 proc.). AOS – jeszcze gorzej: odpowiednio 17,6 proc., -13 proc., -33,5 proc. Na plus wyszło tylko szpitalnictwo, gdzie wzrost nakładów nominalnych osiągnął niemal 100 proc. (!), a pozostałe dwa wskaźniki dzięki temu to odpowiednio 46,6 proc. i 12,1 proc.

foto.: Shutterstock.com



Szpitalne powinny „wyjść na plus”, jednak nie wyszły, sądząc po dynamice zobowiązań ogółem (oraz wymagalnych), a sytuacja dużej części z nich jest wręcz dramatyczna. Zdecydowanie największy progres odnotowały natomiast opieka paliatywno-hospicyjna oraz rehabilitacja lecznicza – to jednak przede wszystkim wynik bardzo niskich wartości bazowych.

Jeśli chodzi o liczbę wykonanych świadczeń (od której również zależy dostępność), w trzech głównych obszarach tylko w POZ wykonano ich więcej – o 5,3 proc. Spadek świadczeń wykonanych w szpitalach nie jest duży (-1,6 proc.), natomiast w AOS – wyraźny (-6,8 proc.). Dużo lepiej prezentują się dane dla rehabilitacji leczniczej (wzrost ponad 120 proc.) czy opieki paliatywno-hospicyjnej (ponad 80 proc.).

BŁĘDNE KOŁO

Dane NFZ dotyczące liczby świadczeń i ich finansowania udowadniają to, o czym eksperci mówią od lat: wzrost sum wydawanych w systemie ochrony zdrowia jest pozorny, bo nie idzie za nim wzrost dostępności do świadczeń. M.in. dlatego strona społeczna Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia (wszyscy, organizacje pracodawców i związki zawodowe, w tym NSZZ Solidarność) pod koniec sierpnia zaapelowała, by w przyszłym roku budżet przekazał do NFZ nie 8, ale 15 mld zł dotacji podmiotowej oraz by rząd przywrócił

finansowanie części świadczeń z budżetu ministra zdrowia, których finansowanie zostało przekazane do NFZ na mocy nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (wartość tych świadczeń wynosi ok. 8 mld zł, ale biorąc pod uwagę choćby rozszerzenie od 1 września grupy osób uprawnionych do bezpłatnych leków, trzeba mówić o minimum 9, może nawet 10 mld zł). Partnerzy społeczni podkreślali, że te środki – niemal 25 mld zł – pozwoliłyby rzeczywiście sfinansować w sposób dla podmiotów leczniczych bezbolesny ustawę o minimalnych wynagrodzeniach (jej koszt jest szacowany na przyszły rok na ok. 10,6 mld zł, a więc o 5 mld zł więcej niż zakładany w tej chwili wzrost finansowania mierzony w kwotach nominalnych w stosunku do 2023 r.). Przede wszystkim zaś byłby gwarancją, że pacjenci w większym niż w tej chwili stopniu odczują poprawę dostępności do świadczeń.

Jak tłumaczą konsekwentnie dyrektorzy szpitali, przy zaniżonych wycenach świadczeń samo zapewnienie przez płatnika, że zapłaci za wszystkie wykonane świadczenia, wcale nie stymuluje podaży – im więcej szpitale leczą, tym większe straty notują. Błędne koło może przerwać tylko doszacowanie wycen – niejednyny, ale konieczny warunek lepszej efektywności.

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

PRAWO I MEDYCyna

Ku przestrodze, ale też, by uczyć

Publikacja orzeczenia w biuletynie izby lekarskiej zwiększa dolegliwość orzeczonej kary, bo inni będą o niej wiedzieli. I choć sama w sobie nie jest karą, pogarsza sytuację obwinionego.

W poprzednich numerach „Gazety Lekarskiej” opisywałem procedury wykonywania prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich i wydawać by się mogło, że temat wyczerpałem. Nie wolno jednak zapominać, że sąd lekarski może zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Zarządzenie może zostać wydane w przypadku kar najbardziej dotkliwych. Jego skutkiem, jak stwierdził Sąd Najwyższy, jest zwiększenie dolegliwości kary. Publikacja orzeczenia jest formą rozpowszechnienia informacji. Inni lekarze będą wiedzieli o karze. Będą mogli unikać współpracy lub zlecenia określonych zadań ukaranemu lekarzowi. Publikacja ma wypełnić cele prewencji ogólnej – ma być przestrogą dla innych lekarzy.

PO ANONIMIZACJI

Wykonanie takiego orzeczenia związane jest z koniecznością wydania przez przewodniczącego sądu lekarskiego zarządzenia o przekazaniu prezesowi właściwej okręgowej rady lekarskiej orzeczenia do opublikowania. Przewodniczący anonimizuje orzeczenie, przede wszystkim jego uzasadnienie, chroniąc dane osobowe pokrzywdzonego. Do publikacji może zostać przedstawiona sama sentencja albo orzeczenie z uzasadnieniem. Przewodniczący sądu, realizując intencje orzeczenia, jest też uprawniony do sporządzenia wyciągu z uzasadnienia.

Sądy lekarskie rzadko korzystają z takiej możliwości, choć docierają do nas informacje, że lekarze są zainteresowani nie tylko samymi orzeczeniami, ale też tym, jaki był materiał dowodowy i dlaczego doprowadził do ich wydania.

Jeszcze rzadziej z możliwości publikacji orzeczenia (na koszt izby lekarskiej) korzystają niewinni lekarze. Do tej pory nie spotkałem się z taką publikacją.

GRZEGORZ WRONA
SEKRETARZ
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ



Przepisy nie określają zresztą, na czym miałyby polegać anonimizacja takiego orzeczenia ani kto miałby jej dokonać. Jedyną wytyczną jest przepis ustalający, że zarządzenie w tej sprawie wydaje przewodniczący okręgowego sądu lekarskiego. Można zatem domniemywać, że wniosek o publikację należy składać do niego.

Publikacja prawomocnego orzeczenia na zarządzenie sądu lekarskiego nie jest karą, choć, co potwierdził Sąd Najwyższy, pogarsza sytuację procesową obwinionego lekarza.

WIELE PYTAŃ

Podczas ostatniego posiedzenia Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę upoważniającą prezesa do podjęcia działań w celu utworzenia internetowego portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich. Zadanie dotyczy nie tylko opracowania procedury prowadzenia portalu, ale również zasad publikacji i trybu anonimizacji orzeczeń.

Nie mam wątpliwości, że cel utworzenia tego portalu jest odmienny od określonego w art. 84 ustawy o izbach lekarskich. O ile celem publikacji orzeczenia na zlecenie sądu jest swoista represja w stosunku do lekarzy działających rażąco niezgodnie z przepisami, o tyle celem tworzonego portalu jest wyłącznie edukacja środowiska

lekarskiego i pacjenckiego, tworzenie przez sądy lekarskie spójnej linii orzeczniczej, a także promocja zasad określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Przede wszystkim jednak celem ma być zaprzeczenie notorycznie pojawiającym się pogłoskom o tym, iż sądy lekarskie chronią nawet złych lekarzy przed odpowiedzialnością.

Czeka nas udzielenie odpowiedzi na wiele pytań. Czy publikować wszystkie orzeczenia, czy też najbardziej znaczące i najlepiej uzasadnione? W jaki sposób ustalić granice anonimizacji danych uniemożliwiających identyfikację pokrzywdzonego, danych osobowych lekarza, świadków, miejsca zdarzenia? Czy publikować dane osobowe składów orzekających i rzeczników, którzy przecież nie są funkcjonariuszami publicznymi podlegającymi szczególnej ochronie? Na ile dokładnie odwzorowywać opis zarzucanego lekarzowi czynu? To wszystko, nawet najlepiej wykonane, i tak nie uniemożliwi, zwłaszcza w małych środowiskach, identyfikacji osób. Należy też odpowiedzieć na pytanie, czy w dalszym ciągu samorząd lekarski w imię ochrony statusu zawodu zaufania publicznego nie powinien publikować w dostępnym publicznie portalu kar upomnienia i nagany przez okres do zatarcia orzeczeń. ●

PRAWO I MEDYCyna

Nie każdy błąd diagnostyczny jest błędem w sztuce

Ustalenie, czy doszło do błędu w sztuce lekarskiej, zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie medyka w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy oraz praktyki.

Do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zgłosił się 73-letni mężczyzna. Skarżył się na ból lewego łuku żebrowego, trudności w oddychaniu (ból nasilał się przy głębokim wdechu) i utrzymujące się od miesiąca osłabienie. Dopytywany o charakter bólu (podejrzenie pochodzenia dławicowego) zaprzeczał. W badaniu fizykalnym stwierdzono dyskretne przypodstępne trzeszczenia nad płucami. Od zamiaru zmierzenia ciśnienia tętniczego (RR) odstąpiono – chory twierdził, że mierzył ciśnienie, a wynik pomiaru jest prawidłowy. Lekarz rozpoznał neuralgię międzyżebrową i zalecił lek przeciwbólowy. Dał też skierowanie na RTG klatki piersiowej, prosząc o wykonanie zdjęcia z opisem tego samego dnia i ponowne zgłoszenie się. Pacjent badanie wykonał zgodnie z zaleceniem, ale do lekarza nie wrócił.

RZECZNIK MÓWI: NIE BYŁO BADAŃ

Po pięciu dniach (w tym czasie pacjent nie szukał pomocy lekarskiej) doszło do nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Z rozpoznaniem zawałem serca trafił do ośrodka interwencji kardiologicznej, gdzie wykonano pomostowanie aortalno-wieńcowe. Podczas hospitalizacji stwierdzono także zator płucny. Pacjenta dopytywano, dlaczego nie wykonano EKG w poradni kilka dni przed zawałem, sugerując, iż to uchroniłoby go przed obecnym stanem. W związku z tym prawnik pacjenta napisał skargę do NFZ, która trafiła do izby lekarskiej.

Okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ) złożył wniosek o ukaranie lekarza za niedochowanie należytej staranności podczas udzielania pomocy. Na podstawie materiału dowodowego zarzucił niewykonanie EKG oraz brak pomiaru ciśnienia tętniczego.

Od zarzutów tych uniewinnił lekarza okręgowy sąd lekarski (OSL). Po

ZBIGNIEW KUZYSZYN
NACZELNY RZECZNIK
ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ



analizie dokumentacji skład orzekający stwierdził, że pacjent został przyjęty w dobrym stanie ogólnym, bez duszności w chwili badania, wprawdzie z bólem w klatce piersiowej, ale bez cech typowych dla bólu dławicowego. Z wywiadu wynikało, że podobny ból (który samoistnie ustąpił) pacjent odczuwał wcześniej po prawej stronie klatki piersiowej. Według sądu objawy nie sugerowały choroby wieńcowej. Dodatkowo zalecenie ponownego zgłoszenia się tego samego dnia po wykonaniu RTG wskazywało, że lekarz nie zakończył diagnostyki pacjenta. Sąd oddalił zarzut niewykonania EKG, twierdząc, że nie ma obligatoryjnej kolejności wykonywania badań. Lekarz mógł to badanie wykonać po ocenie RTG.

Od orzeczenia tego odwołał się OROZ. Podnosił, że pomiar RR oraz ekg są prostymi i dostępnymi badaniami, zajmują mało czasu, a mają dużą wartość diagnostyczną. Według OROZ RTG klatki piersiowej należało zlecić z adnotacją „cito”.

SĄD: LEKARZ JEST NIEWINNY

Naczelny Sąd Lekarski (NSL) utrzymał uniewinnienie. Zgodzono się z argumentacją OSL. Odnosząc się do zarzutu braku dopisku „pilne” na skierowaniu na RTG, który podniesiono w odwołaniu, NSL podkreślił,

że skoro zalecenie wykonania RTG zrealizowano od razu, należy uznać, iż pokrzywdzony miał świadomość pilności badania.

Przy okazji tej sprawy chciałbym zwrócić uwagę na częstą przyczynę składania skarg, a jest nią przekonanie lekarza, że kolega opiekujący się wcześniej chorym popełnił błąd. Mówi to pacjentowi *ex cathedra*, kiedy znane są już kolejne informacje. Bogatszy o wiedzę, np. która ścieżka diagnostyczna okazała się błędna, rości sobie prawo do wyrokowania. Tymczasem zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego (sygn. akt I KR 116/72): „Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodnie było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Nie każdy błąd diagnostyczny stwierdzony *ex post* może być uznany *eo ipso* za błąd sztuki lekarskiej, który należy oceniać z pozycji *ex ante*, czyli w zależności od zakresu informacji rzeczywiście posiadanych przez lekarzy stawiających diagnozę czy dostępnych dla nich przy odpowiednim staraniu”. •

PRAWO I MEDYCYNĄ

Fundacja rodzinna – szansa na zabezpieczenie dorobku

ADAM MARIĄŃSKI

PROFESOR, DORADCA PODATKOWY

Właściele przychodni medycznych nie muszą się już martwić o transfery pokoleniowe. Umożliwia je nowa instytucja w prawie polskim. Jest przydatna nawet wtedy, gdy następcy nie wykonują zawodów medycznych, a zarządzanie przychodnią zostaje przekazane zewnętrznym menadżerom.

Większość regulacji uchwalonych w ostatnich latach albo coś nakazuje, albo czegoś zakazuje polskim przedsiębiorcom. Tymczasem ustawa o fundacji rodzinnej, która weszła w życie 22 maja br., daje możliwość skorzystania z instrumentu, który jako jedyny pozwala budować przedsiębiorstwo rodzinne na pokolenia. Zastrzec jednak należy, że proces planowania rodzinnego jest bardzo złożony. Dopiero jego odpowiednie przeprowadzenie pozwoli na przygotowanie właściwego statutu fundacji rodzinnej. Najpierw powinniśmy zatem zadbać o konstytucję rodzinną, która pozwoli dobrać odpowiednie instrumenty prawne.

SUKCES LUB PORAŻKA

Zasadniczy cel ustawy to wprowadzenie do polskiego porządku prawnego instytucji fundacji rodzinnej jako odrębnego typu osoby prawnej. Fundacja rodzinna, dotychczas znana zachodnioeuropejskim porządkom prawnym, ma ułatwić procesy sukcesyjne w firmach rodzinnych oraz ochronić majątek przed jego rozdrobnieniem. Z założenia ma być to podmiot odpowiedzialny za zarządzanie firmą rodzinną, zabezpieczający jednocześnie interesy majątkowe członków rodziny. Zabezpiecza zatem nie tylko przychodnię medyczną, ale także inny majątek (biznes) członków rodziny.

Ustawa określa zasady tworzenia i funkcjonowania fundacji, ale to statut fundacji reguluje wiele zagadnień, takich

jak cel fundacji, sposób określenia beneficjenta i zakres jego uprawnień czy też czas trwania fundacji rodzinnej i zasady jej likwidacji. Co istotne, w statucie fundator może wprowadzić dodatkowe wytyczne dotyczące inwestowania majątku fundacji rodzinnej. Przygotowanie odpowiedniego statutu, z uwzględnieniem ładu rodzinnego dla potrzeb konkretnej rodziny, to podstawa sukcesu lub porażki procesu sukcesyjnego.

Ustawa pozostawia do decyzji fundatora, a w przyszłości uprawnionych beneficjentów, w jaki sposób określać zasady zarządzania majątkiem rodzinnym, a także kto może zostać beneficjentem i jakie może otrzymywać świadczenia. Można nawet określać zasady przyznawania świadczeń pod warunkiem lub z zastrzeżeniem terminu. Jest to zasadnicze odstępstwo od zasad dziedziczenia określonych w Kodeksie cywilnym. Oznacza to, że bycie krewnym może być już niewystarczające i trzeba będzie spełnić warunki określone w statucie fundacji. Oczywiście w pierwszym pokoleniu spadkobierców uprawnionych z ustawy w grę będzie wchodziło prawo do dochodzenia zapłaty z zachowku także od fundacji rodzinnej.

DECYDUJE WOLA FUNDATORA

Po upływie 10 lat od wniesienia składników majątku do fundacji

o uprawnieniach do majątku rodzinnego przestaje decydować Kodeks cywilny, a zaczyna wola fundatora, która znajduje swój wyraz w statucie fundacji. Można zatem wprowadzać różnorakie warunki dla nabycia statusu beneficjenta: ukończenie określonych studiów; etyczne zachowanie, także względem innych członków rodziny i jej biznesów; udział w organach fundacji czy nawet ukończenie określonego wieku.

Wyłączenie ustawowego dziedziczenia, a tym samym prawa do zachowku, ma chronić majątek przedsiębiorstwa rodzinnego nie tylko przed rozdrobnieniem, ale przede wszystkim przed paraliżem funkcjonowania. W kolejnych pokoleniach mamy bowiem do czynienia z firmą coraz to dalszych kuzynów. Nieliczni będą zainteresowani pracą w firmach rodzinnych. Standardem światowym jest pozostawienie zarządu w rękach profesjonalnych menadżerów. Nic dziwnego, że rośnie presja na wypłaty dywidend, a także pokusa sprzedaży udziałów np. konkurencji. Tymczasem udziały (akcje) w fundacji nie mogą być zbyt na podstawie woli jednego z beneficjentów. Wymagana jest zgoda organu fundacji, która może być udzielana kwalifikowaną większością. Pomnażany majątek

jest inwestowany w nowe przedsięwzięcia, także na zasadzie wspólnika mniejszościowego.

ZWOLNIENIE PODATKOWE

Fundacje rodzinne jako podmioty nabywające osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru fundacji rodzinnych podlegają zasadom opodatkowania dochodów osób prawnych. Założenie fundacji jest neutralne podatkowo, podobnie wniesienie wkładów na pokrycie funduszu założycielskiego.

Fundacje rodzinne są co do zasady objęte zwolnieniem podmiotowym od podatku dochodowego od osób prawnych. Zwolnienie dotyczy wyłącznie dozwolonej działalności gospodarczej określonej w art. 5 ustawy, tj.:

- zbywania mienia, o ile nie zostało ono nabyte wyłącznie w celu dalszego zbycia;
- najmu, dzierżawy lub udostępniania mienia do korzystania na innej podstawie;
- przystępowania do spółek handlowych, funduszy inwestycyjnych, spółdzielni oraz podmiotów o podobnym charakterze, mających swoją siedzibę w kraju lub za granicą, a także uczestnictwa w tych spółkach, funduszach, spółdzielniach oraz podmiotach;
- nabywania i zbywania papierów wartościowych, instrumentów pochodnych i praw o podobnym charakterze;
- udzielania pożyczek:
 - a) spółkom kapitałowym, w których fundacja rodzinna posiada udziały lub akcje,
 - b) spółkom osobowym, w których fundacja rodzinna uczestniczy jako wspólnik,
 - c) beneficjentom;
- obrotu zagranicznymi środkami płatniczymi należącymi do fundacji rodzinnej w celu dokonywania płatności związanych z działalnością fundacji rodzinnej;
- prowadzenia przedsiębiorstwa w ramach gospodarstwa rolnego.

Oznacza to, że fundacja rodzinna nie będzie opodatkowywać podatkiem dochodowym np. dywidend i innych zysków kapitałowych otrzymywanych od spółek, których będzie właścicielem lub udziałowcem, aż do czasu wypłaty beneficjentom.

Opodatkowanie dochodu z dozwolonej działalności gospodarczej nastąpi dopiero w momencie wypłaty świadczeń dla beneficjentów. Fundacja rozpoznaje obowiązek podatkowy i uiszcza jako podatnik podatek dochodowy od osób

prawnych w wysokości 15 proc. Z kolei beneficjenci rozpoznają obowiązek w podatku dochodowym od osób fizycznych w wysokości 15 proc. przychodu. Jednak są oni zwolnieni od tego podatku, jeżeli beneficjentem jest osoba najbliższa, czyli zaliczana do tzw. grupy 0 w podatku od spadków i darowizn (art. 4a ust. 1 ustawy o podatku od spadków i darowizn). Nie powstaje także obowiązek z tytułu składki zdrowotnej oraz daniny solidarnościowej.

Dlatego fundacja może się stać atrakcyjnym funduszem umożliwiającym neutralne podatkowe pomnażanie majątku rodzinnego. Wypłata zysku do wspólników spółek będących podatnikami podatku dochodowego od osób prawnych związana jest bowiem z podwójnym opodatkowaniem. Z kolei w przypadku działalności indywidualnej oraz spółek jawnych i cywilnych mamy wysokie opodatkowanie bieżących dochodów (19 proc. PIT, 4,9 proc. składka zdrowotna, 4 proc. danina solidarnościowa). Dlatego lepszym rozwiązaniem jest ich neutralny podatkowo transfer ze spółek (kapitałowych, komandytowo-akcyjnych i komandytowych) do fundacji, która może te środki dalej inwestować (przystępować do nowych spółek, nabywać i zbywać papiery warto-

Z jednej strony można zabezpieczyć majątek rodzinny przed jego rozdrobnieniem, z drugiej – ułożyć relacje z sukcesorami, chroniąc interesy prowadzonego biznesu

ściowe czy też udzielać pożyczek). W ten sposób spełnia ona swoiste funkcje spółki holdingowej.

TRANSFERY I POMNAŻANIE MAJĄTKU

Planując reorganizację rodzinnej firmy (czy to przychodni medycznej czy innego rodzinnego biznesu), warto przemyśleć jej strukturę oraz zastanowić się nad możliwością skorzystania w przyszłości z instytucji fundacji rodzinnej, która może stać się dobrym narzędziem do zabezpieczenia majątku oraz

inwestowania. Poza prowadzeniem podmiotu medycznego mogą to być także inwestycje w inne przedsięwzięcia (nowe działalności, nieruchomości, aktywa płynne). Odpowiednie ułożenie struktury firmy rodzinnej z wykorzystaniem spółek handlowych może w przyszłości pozwolić na łatwiejsze skorelowanie biznesu z fundacją rodzinną. Takie rozwiązanie pozwoli z jednej strony zabezpieczyć majątek rodzinny przed jego rozdrobnieniem, a ponadto ułożyć relacje z potencjalnymi sukcesorami, chroniąc jednocześnie interesy prowadzonego biznesu.

Warto jednak pamiętać, że fundacja rodzinna to nie jest ani pierwszy, ani ostatni etap planowania budowy firmy wielopokoleniowej. Nie można jej traktować jako remedium na wszystkie problemy rodziny i jej biznesu. Winna ona być milowym krokiem całego zaplanowanego procesu transferów pokoleniowych oraz pomnażania majątku rodzinnego. Umożliwi ona także transfery pokoleniowe podmiotu medycznego, nawet gdy następcy nie będą wykonywać zawodów medycznych, a także gdy zarządzanie nimi zostanie przekazane zewnętrznym menadżerom.

Na zakończenie warto podkreślić, że nie więcej niż 10 proc. firm rodzinnych udaje się przetrwać w trzecim pokoleniu. Jeżeli nie wykorzystamy szansy, jaką dają nowe regulacje prawne, szanse na zabezpieczenie dorobku założycieli, np. przychodni medycznej, drastycznie spadną. Pamiętajmy przy tym, że nie wystarczy założenie fundacji, należy przeprowadzić cały proces budowy ładu rodzinnego. ●

PROF. DR HAB. ADAM MARIAŃSKI

jest doradcą podatkowym, doradcą firm rodzinnych w Mariański Group. Uczestniczył w procesie legislacyjnym przygotowania ustawy o fundacjach rodzinnych. Od 25 lat wspiera firmy rodzinne w procesach sukcesyjnych. Jest założycielem pierwszej polskiej fundacji rodzinnej.

PODATKI I FINANSE

Złoty więcej i ulgi nie będzie

ANNA WOJDA

Wystarczy, że pełnoletnie dziecko lekarza zarobi 1 zł powyżej limitu, który wynosi obecnie nieco ponad 19 tys. zł, a jego rodzic straci możliwość korzystania z preferencji podatkowych.

Dobrze płatny wakacyjny staż studencki czy praktyki mogą spowodować, że rodzice pożegnają się z ulgą prorodzinną. Stracą również możliwość rozliczenia się jako samotnie wychowujący dziecko. Warto jednak pamiętać, że utrata prawa do preferencji podatkowych wchodzi w grę jedynie w przypadku pełnoletnich dzieci, które się uczą lub studiują. W przypadku małoletnich limit nie obowiązuje. A to oznacza, że jeśli małoletnie dziecko lekarza zarobi nawet 30 tys. zł (np. w reklamie czy filmie), jego rodzic nadal skorzysta z ulgi prorodzinnej.

KIEDY LIMIT MA ZNACZENIE

Ulgę prorodzinną przysługuje rodzicom dzieci, które: nie ukończyły jeszcze 18 lat; otrzymują zasiłek pielęgnacyjny lub rentę socjalną; nie ukończyły 25 lat i uczą się lub studiują. Ważne jest jednak, by dochody pełnoletniego dziecka nie przekraczały w roku podatkowym dwunastokrotności renty socjalnej. W tym roku jest to dokładnie 19 061,28 zł. W przyszłym limit się zmieni, bo wzrośnie kwota renty, od której zależy jego wysokość.

Ulgę prorodzinną rodzice odliczają od podatku. Jak dużo – zależy od tego, ile dzieci mają. Na pierwsze i drugie przysługuje 1 112,04 zł, na trzecie – 2 000,04 zł, a na czwarte i każde kolejne – 2 700 zł.

Warto pamiętać, że nie tylko wysokość zarobków dziecka może pozbawić prawa do ulgi prorodzinnej. Rodzice nie mają do niej prawa także wtedy, gdy w stosunku do dochodów pełnoletniego dziecka stosuje się przepisy o podatku liniowym, ryczałcie albo podatku tonażowym. Ważne jest również to, w jaki sposób rozliczają swoje dochody rodzice. Jeśli płacą podatek liniowy lub ryczałt

ewidencjonowany, to nawet jeśli dziecko zarobiło więcej, niż wynosi limit, i tak nie będą mogli skorzystać z ulgi.

SAMOTNE WYCHOWYWANIE I RODZINY 4+

W przypadku pełnoletnich dzieci studiujących czy uczących się, które pracują (choćby dorywczo), ważny jest jeszcze jeden limit. Otóż osoby do 26. roku życia nie płacą podatku dochodowego do limitu 85 528 zł (nie dotyczy to dochodów z umów o dzieło i z działalności gospodarczej). Oznacza to, że dziecko lekarza, które zarobi ponad 19 tys. zł (i będą to dochody z umowy o pracę lub

Choć zarobki dziecka studenta odciążają domowy budżet, mogą się okazać problemem, gdy trzeba się będzie rozliczyć z fisksem

umowy zlecenia), nie zapłaci od tej kwoty podatku. Jego rodzice stracą jednak prawo do ulgi prorodzinnej. I to nawet wtedy, gdy limit zostanie przekroczony choćby o złotówkę.

Podobnie będzie z rozliczeniem rodziców samotnie wychowujących pełnoletnie dzieci, które się uczą i jednocześnie zarabiają. Jeśli na przykład 22-letni student zarobi w wakacje 20 tys. zł, nie zapłaci do urzędu skarbowego podatku, ale jego mama lekarka, która go sama wychowuje (ojciec nie żyje), nie będzie miała prawa rozliczyć się jako samotny rodzic.

Co do zasady jako samotny może się rozliczyć rodzic będący panną, kawalerem, wdową, wdowcem, rozwódką, rozwodnikiem, osobą, w stosunku do której orzeczono separację w rozumieniu odrębnych przepisów, lub osobą, której małżonek został pozbawiony praw rodzicielskich albo odbywa karę pozbawienia wolności. Podatek w takim przypadku określa się w podwójnej wysokości podatku obliczonego od połowy dochodów osoby samotnie wychowującej dzieci. Takie rozliczenie może być korzystne zwłaszcza dla osób, których dochody przekroczyły 120 tys. zł i które musiałyby zapłacić podatek według stawki 32 proc.

Bardzo korzystną preferencją podatkową dla rodziców posiadających kilkoro dzieci jest ulga dla rodzin 4+. Polega ona na tym, że każdy rodzic co najmniej czworga dzieci może nie płacić podatku od przychodów wynoszących 85 528 zł rocznie (przy dwojgu rodziców będzie to 171 056 zł). Ale również w tym przypadku trzeba bardzo uważać na zarobki pełnoletniego dziecka. Wystarczy, że jedno z dzieci przekroczy limit, a rodzice stracą całą ulgę, na wszystkie. Przykładowo syn (student 23 lata) zarobi w wakacje 19 200 zł, a jego rodzice stracą całą ulgę, nawet jeśli pozostałe troje dzieci spełni warunki. ●

RODZICE TEŻ MUSZĄ POLICZYĆ

W pewnych sytuacjach ważna może być wysokość dochodów rodziców. Jest tak wtedy, gdy wychowują jedno dziecko. By mogli skorzystać z ulgi prorodzinnej, dochody nie powinny przekroczyć 112 tys. zł – gdy podatnik pozostaje w związku małżeńskim (dochody małżonków się sumują), 112 tys. zł – w przypadku osoby samotnie wychowującej dziecko i 56 tys. zł – jeśli podatnik nie pozostawał w związku małżeńskim (również wtedy, gdy sytuacja miała miejsce przez część roku).

PODATKI I FINANSE

Nie przepłacaj i legalnie obniż kwoty dla fiskusa

ANNA WOJDA

Lekarz, który rozlicza się na zasadach ogólnych lub według stawki liniowej, może niektóre z ponoszonych wydatków zaliczyć do kosztów podatkowych i przez to zmniejszyć wysokość zobowiązania podatkowego. Dla niektórych dostępne są też ulgi – mówi Anna Misiak, doradca podatkowy, partner i szef Zespołu Podatków Osobistych i Doradztwa dla Pracodawców MDDP.

Czy ostatnie miesiące roku to dobry czas, by spróbować jeszcze obniżyć przychód i zapłacić mniej fiskusowi?

Z pewnością warto przeanalizować planowane przychody i wydatki, by się zorientować, jak mogą wyglądać nasze ostateczne obciążenia podatkowe. Możliwość taką mają lekarze rozliczający się 19-proc. stawką liniową, a także będący na skali podatkowej. Nie mają zaś jej opodatkowani ryczałtem ewidencjonowanym. Oni nie mogą rozliczać wydatków w kosztach podatkowych.

Warto pamiętać również o dostępnych ulgach podatkowych. Być może ktoś rozważa dokonanie darowizny przed końcem roku – powinien pamiętać, że jest możliwość jej odliczenia. Może ktoś będzie chciał odliczyć koszty związane z wpłatami na IKZE (indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego). Są jeszcze inne ulgi, z których można skorzystać.

Co zatem lekarz może wrzucić w koszty? Wydatki na lokal, w którym ma gabinet?

Tak. Czynsz wynajmu lokalu może być kosztem podatkowym. Rozliczenie możliwe jest również wtedy, gdy lekarz prowadzi działalność we własnym domu. Wtedy wydatki na media, jak prąd czy gaz, będą kosztem podatkowym. Podobnie podatek od nieruchomości. Trzeba jednak pamiętać, że lekarz musi wydzielić część domu na prowadzoną działalność gospodarczą. Ponoszone

wydatki zaliczy do kosztów podatkowych w proporcji, w jakiej całkowita powierzchnia domu pozostaje do części zajętej na gabinet lekarski. Kosztem podatkowym mogą być również wydatki na wyposażenie gabinetu.

A jeśli lekarz zatrudnia personel, czy wydatki na wynagrodzenia i składki będą kosztem?

Tak, w takim przypadku ma możliwość zaliczenia w koszty wynagrodzeń i składek opłacanych za personel. Rozliczenie możliwe jest zarówno w przypadku zatrudnienia personelu na podstawie umowy o pracę, jak i umowy-zlecenia czy umowy o dzieło. Rozliczane są również koszty wynagrodzeń w przypadku kontraktów B2B – w tym wypadku lekarz kupuje usługę i jest to dla niego koszt podatkowy.

Praca w gabinecie to często również konieczność używania odzieży medycznej – fartuch, być może inne obuwie, rękawiczki ochronne. Czy te wydatki również można rozliczyć?

Tak, takie wydatki mogą być kosztem podatkowym, są związane z wykonywaniem zawodu.

Mówiąc o wydatkach na odzież, warto jednak zaznaczyć, że nie wszystko może być kosztem. Próba rozliczenia zakupu garnituru czy

sukienki może się dla lekarza źle skończyć.

Takie wydatki mogą być uznane za osobiste i przez to nie zyskają aprobaty fiskusa. Zdarzały się, co prawda, interpretacje podatkowe, w których garnitur czy sukienka były uznawane za koszt uzyskania przychodów, ale raczej w sytuacjach, gdy było to wymagane ze względu na określoną profesję. W przypadku lekarzy byłoby to trudne. Nie można mówić o uniformie czy odzieży niezbędnej do wykonywania działalności, więc garnitur czy sukienka zostaną uznane za wydatki na cele osobiste.

Lekarze ponoszą również wydatki na ubezpieczenie OC, płacą też składki na rzecz samorządu. Rozliczą te wydatki w kosztach?

Tak, wymienione wydatki podlegają odliczeniu i mogą być traktowane jako koszt uzyskania przychodu.

Samochód – bez niego trudno się przemieszczać. Czy lekarz ma szansę rozliczyć w kosztach podatkowych wydatki na jego zakup, serwisowanie, ubezpieczenie i oczywiście wydatki na benzynę?

Tak, jeśli samochód jest wykorzystywany dla celów działalności gospodarczej, jest możliwość rozliczenia ponoszonych wydatków.

Oczywiście do odpowiednich limitów określonych w przepisach.

Lekarze często uczestniczą w konferencjach czy szkoleniach. Odliczą te wydatki?

W tym przypadku nie każdy wydatek może być kosztem. Dużo będzie zależało od tego, czego konferencja lub szkolenie dotyczą. Zdarzały się przypadki, gdy urzędnicy odmawiali zaliczania ponoszonych wydatków do kosztów, twierdząc, że służą one ogólnemu rozwojowi i nie są związane z prowadzoną działalnością gospodarczą. By rozliczyć wydatek w kosztach, lekarz musi wykazać, że dzięki temu zwiększa poziom wiedzy i zyskuje nowe uprawnienia.

O czym trzeba pamiętać, gdy decydujemy się na rozliczanie ponoszonych wydatków w kosztach? Tylko o fakturze?

Oczywiście, że nie. Lekarz musi uzasadnić, że wydatek jest związany z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą. Z przepisów jasno wynika, że nie każdy ponoszony wydatek może być kosztem podatkowym, a tylko taki, który jest ponoszony w celu osiągnięcia przychodów, zachowania albo zabezpieczenia źródła przychodów i nie został wymieniony w katalogu wydatków nieuznawanych za koszty podatkowe.

A czy warto, gdy mamy wątpliwości dotyczące rozliczenia danego wydatku w kosztach, pytać fiskusa i występować z wnioskiem o interpretację podatkową? Mamy przykłady interpretacji, w których urzędnicy na rozliczenie tego samego wydatku w kosztach raz się zgadzali, innym zaś razem nie.

To prawda. Jeśli mamy wydatek istotnej wartości, co do którego mamy poważne wątpliwości, czy mógłby być kosztem podatkowym, radziłabym wystąpić z wnioskiem o interpretację. Taka interpretacja chroni podatnika – oczywiście jeśli przedstawi stan faktyczny, który jest zgodny z rzeczywistością. Natomiast pytanie o drobne wydatki w sytuacji, gdy nie potrafimy dobrze uzasadnić ich związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, może spowodować, że będzie nam trudno uzyskać interpretację.



fot.: archiwum prywatne

Krótko mówiąc: jeśli dany wydatek jest związany z działalnością gospodarczą, jest niezbędny dla zachowania i zabezpieczenia przychodu, jaki uzyskujemy z działalności, nie powinniśmy mieć wątpliwości co

By rozliczyć w kosztach wydatek na szkolenia, lekarz musi wykazać, że dzięki temu zwiększa poziom wiedzy

do jego rozliczenia. Ale powinniśmy przygotować argumenty, że rzeczywiście jest to wydatek, który jest związany z prowadzoną przez nas działalnością gospodarczą. Mamy przykłady choćby okularów, przy których wydawane są odmowne interpretacje ze względu na to, że okulary są używane przez podatników także poza pracą.

Co zatem lekarz może próbować rozliczać w kosztach, a czego

lepiej nie rozliczać, by nie narażać się skarbowce?

Organy podatkowe akceptowały na przykład możliwość rozliczenia w kosztach podatkowych wydatków na szczepienia ochronne, twierdząc, że w związku z prowadzonym rodzajem działalności nie będą miały one charakteru osobistego.

Fiskus zgodził się również na rozliczenie w kosztach podatkowych wydatków na kurs medycyny estetycznej. Stwierdził, że pozostają w związku przyczynowo-skutkowym z istniejącym już źródłem przychodów i są ponoszone w celu osiągnięcia przychodów lub zachowania albo zabezpieczenia źródła przychodu, a ponadto nie znajdują się na liście wydatków nieuznawanych za koszty uzyskania przychodów.

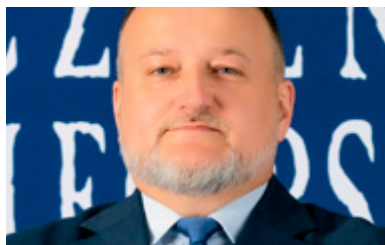
Jeśli chodzi o odmowne interpretacje, to poza wspomnianymi już wcześniej okularami fiskus nie zgadza się na rozliczanie w kosztach wydatków ponoszonych przed rozpoczęciem działalności gospodarczej. Młoda lekarka ukończyła kursy specjalistyczne, które pozwoliły jej wykonywać badania diagnostyczne. Niestety zrobiła to, zanim otworzyła gabinet lekarski. Fiskus stwierdził, że brakuje związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy ich poniesieniem a uzyskiwaniem przychodów z działalności gospodarczej prowadzonej w późniejszym okresie.

Podobnie było w przypadku wydatków ponoszonych przez lekarza dentystę na kształcenie pracownika. Chciał zatrudnić córkę – studentkę kierunku lekarskiego i zaliczyć do kosztów podatkowych wydatki na sfinansowanie jej studiów (w tym celu miała być zawarta odpowiednia umowa). Fiskus się na to nie zgodził. Stwierdził, że wydatki będą miały na celu zdobycie wiedzy oraz umiejętności, a także należytego przygotowania do zawodu zatrudnionego studenta, nie zaś osiągnięcia przychodów ze źródła, jakim jest pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona przez dentystę. ●

Miejsz więcej, ale to nie wystarczy

Długotrwałe starania samorządu lekarskiego, a w szczególności Komisji Stomatologicznej NRL, przyniosły efekt w postaci przekazania minimum 140 mln zł ze środków publicznych na nadwykonania w stomatologii.

PAWEŁ BARUCHA
WICEPREZES NACZELNEJ
RADY LEKARSKIEJ



Widzimy także postęp w pracach nad „siódmką NIL”, czyli przygotowaną przez Samorząd Lekarski listą najpilniejszych zmian do wdrożenia przez minister Katarzynę Sójkę. Punkt piąty – o przekazaniu wojewódzkim oddziałom NFZ środków na realizację zmian finansowania w stomatologii, jest szczególnie istotny i nie powinien być w ogóle negocjowany. Widzimy otwartość Pani Minister i chęć szybkiego spełnienia tego postulatu. Mamy nadzieję, że nie jest to jednorazowy kompromis, ale część systemowego uregulowania kwestii nadwykonań.

Z zadowoleniem przyjęliśmy informację, że w obecnym postępowaniu kwalifikacyjnym znacznie zwiększono liczbę miejsc na rezydenturach z dziedzin stomatologicznych. W protetyce stomatologicznej jest ich 35, w stomatologii dziecięcej 26, w stomatologii zachowawczej z endodoncją 46, w ortodoncji 37, w chirurgii stomatologicznej 29, a w chirurgii szczękowo-twarzowej 22. Oczywiście, liczba ta wciąż nie rozwiązuje

problemu trudności z uzyskaniem specjalizacji przez lekarzy dentyistów w Polsce. Podczas wrześniowego posiedzenia Rady ds. Stomatologii przy Ministrze Zdrowia podkreśliliśmy potrzebę znacznego zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach stomatologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem miejsc akademickich. Postulat ten mieliśmy szansę osobiście przedstawić Pani Minister, która zaszczyliła spotkanie swoją obecnością i poznała członków zespołu. Zależy nam, by młodzi lekarze dentyści zdobywali specjalizację w dużych ośrodkach akademickich z najlepszym zapleczem, a także by potem kontynuowali w nich karierę akademicką, kształcąc kolejnych specjalistów. Nie możemy zapomnieć o miejscach, które posiadają akredytację do prowadzenia specjalizacji, a nie są ośrodkami akademickimi. Proponujemy zwiększenie finansowania przez NFZ poprzez zastosowanie współczynnika.

Choroby onkologiczne to jedna z głównych przyczyn zgonów na całym świecie. Polacy najczęściej umierają z powodu raka płuca. A jak groźne są nowotwory złośliwe jamy ustnej?

Rzeczywiście, nowotwory zaraz po chorobach układu sercowo-naczyniowego są najczęstszym zabójcą. Statystyka przeraża, bo pomimo ogromnego postępu, jaki się dokonał w medycynie, chorych onkologicznych ciągle przybywa.

Nowotwory złośliwe obszaru głowy i szyi stanowią zaledwie 12,2 proc. wszystkich nowotworów złośliwych u człowieka, a nowotwory warg i jamy ustnej jeszcze mniej – tylko kilka procent. Pamiętajmy, że jama ustna spełnia wiele ważnych funkcji. Ingerencja chirurgiczna w ten obszar może doprowadzić do dużego kalectwa zarówno estetycznego, jak i czynnościowego, m.in. zaburzać prawidłowe oddychanie, odżywianie i mowę, a także upośledzać funkcje wielu narządów zmysłów, na przykład smaku, węchu, wzroku. Dlatego jest szczególnie ważne, aby rozpoznawać te nowotwory na wczesnym etapie ich rozwoju. Wówczas unikniemy lub zminimalizujemy okaleczenie pozabiegowe oraz zmniejszy się ryzyko rozsiewu komórek nowotworowych do węzłów chłonnych i narządów odległych, co zwiększy tym samym szansę chorego na wyleczenie i lepszą jakość życia.

Tym bardziej że chyba dość dobrze poddają się leczeniu?

Tak, o ile są wcześniej wykryte, a czynnik czasu odgrywa tu kluczową rolę. Nowotwory głowy i szyi rosną bardzo szybko ze względu na doskonałe ukrwienie tętnicze tego obszaru anatomicznego oraz wcześniej dają przerzuty do lokoregionalnych węzłów chłonnych szyi. Dlatego każdą podejrzaną o nowotwór zmianę w jamie ustnej trzeba jak najprędzej diagnozować. Niestety od lat obserwuję, że wielu pacjentów trafia do leczenia już w zaawansowanym stadium rozwoju choroby nowotworowej, w części

PRAKTYKA LEKARSKA – STOMATOLOGIA

Wśród lekarzy brakuje czujności onkologicznej

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Czas w przypadku nowotworów jamy ustnej odgrywa kluczową rolę. Czasem kilkutygodniowa zwłoka w rozpoznaniu i leczeniu może decydować o życiu lub śmierci – mówi dr hab. n. med. Mariusz Szuta, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej.

przypadków z przerzutami do węzłów chłonnych, co niestety znacznie pogarsza rokowanie. Jeśli u chorego występuje przerzut chociaż w jednym węzle chłonnym, to wskaźnik 5-letniego przeżycia całkowitego spada o 50 proc., a jeśli dodatkowo dojdzie do naciekania torebki węzła i do przejścia na tkankę pozawęzłową, to rokowanie spada o kolejne 40 proc. Z kolei w przypadku nowotworów w początkowych stadiach rozwoju wskaźniki 5-letniego przeżycia mogą sięgać nawet 80-90 proc. w zależności od lokalizacji oraz pewnych czynników wynikających z budowy molekularnej komórek konkretnego nowotworu. Czas w przypadku nowotworów jamy ustnej jest zatem kluczowy. Czasem kilkutygodniowa zwłoka w rozpoznaniu i leczeniu decyduje o życiu lub śmierci.

Dlaczego nowotwory są zbyt późno wykrywane?

Na pewno brakuje świadomości w społeczeństwie, że w jamie ustnej i generalnie w obrębie głowy i szyi mogą rozwijać się nowotwory. Niestety nowotwory tego obszaru anatomicznego długo nie dają wczesnych objawów bólowych, co dodatkowo osłabia czujność pacjenta. W mojej opinii niejednokrotnie brakuje też czujności onkologicznej

wśród lekarzy pierwszego kontaktu, w tym także wśród stomatologów, którzy tak naprawdę są onkologami pierwszego kontaktu w obszarze zdrowia jamy ustnej. 60 proc. onkologicznych pacjentów oddziału, którym kieruję, to chorzy w III i IV stopniu zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej. Część z nich w ogóle nie interesowała się w przeszłości zdrowiem jamy ustnej i doprowadziła do dużego zaniedbania w tym zakresie, ale pozostała część regularnie odwiedzała lekarza dentystę, a mimo to zmian nowotworowych niestety nie wykryto u nich odpowiednio wcześniej. Apeluję zatem, aby każdego chorego, który przychodzi do gabinetu stomatologicznego, badać także pod kątem onkologicznym. Każde badanie powinno składać się z dwóch części: badania zewnątrzustnego (skóra twarzy, czynność nerwu V i VII, przyusznica, ślinianki podżuchwowe, węzły chłonne szyi etc.) i wewnątrzustnego, obejmującego ocenę całej błony śluzowej jamy ustnej, w tym trójkątów zatrzonowcowych, ujść gruczołów ślinowych ślinianek podjęzykowych, a nawet migdałków podniebiennych etc.

Jakie objawy powinny zaalarmować lekarza dentystę?

Nawet dyskretne zmętnienie, owróżdzenie błony śluzowej czy wygórowanie na tej błonie może być pierwszym objawem rozwijającego się raka. Najczęstszym błędem jest pomylenie nowotworu ze stanem zapalnym i bezskuteczne leczenie przeciwzapalne takiej zmiany tygodniami, a nawet miesiącami. W wielu przypadkach podany miejscowo lub systemowo antybiotyk daje pozorną poprawę, bo zmiana zrzuca z siebie płaszcz zapalny, ale nowotwór dalej się rozwija, chociaż wygląda schłodniej i wydaje się być bardziej ograniczony. Nie dajmy się temu zwieść. Pamiętajmy: jeśli zmiana nie zmniejsza się radykalnie (o 60-80 proc.) przez maksymalnie dwa tygodnie od wdrożenia takiego leczenia, to bezwzględnie należy zlecić pobranie wycinka do badania histopatologicznego



fot.: archiwum prywatne

w celu ustalenia rzeczywistego charakteru zmiany patologicznej. Wycinki muszą być prawidłowo pobrane – odpowiednio głęboko i z pogranicza tkanki zdrowej i patologicznej, np. owrzodzenia. Warto dodać, że wynik negatywny nie wyklucza możliwości obecności nowotworu. Jeżeli zmiana nadal się utrzymuje, trzeba pobrać wycinek ponownie. Czasem się zdarza, że dopiero za trzecim lub czwartym razem dojdzie do rozpoznania nowotworu.

Czasem rak rozwija się np. pod protezą, która w wyniku jego rozrastania się przestaje przylegać do pola protezytycznego. Dlatego nie zaleca się bezmyślnej jej korekty bez wcześniejszej podstawowej diagnostyki radiologicznej, po wykonaniu której można ustalić rzeczywistą przyczynę problemu.

Czy nowotwory jamy ustnej często występują u dzieci?

Rzadziej niż u dorosłych i nie w postaci raka jamy ustnej. Dzieci, jeżeli chorują onkologicznie w obrębie głowy i szyi, to najczęściej na nowotwory hematologiczne (białaczki, chłoniaki) lub guzy mezenchymalne, które mogą dotyczyć tkanek miękkich, jak np. mięśniakomięsaki prądkowokomórkowe, występujące w obrębie oczodołu lub wywodzące się z mięśni twarzowych. Ponadto u pacjentów w wieku rozwojowym zdarzają się nowotwory kości szczękowych takie jak: nowotwory zębopochodne związane z rozwojem narządu szklawotwórczego oraz mięsaki kości (kostniakomięsak, chrząstniakomięsak, mięsak Ewinga etc.).

Czy trudniej jest dostrzec zmianę u dziecka niż u dorosłego?

Nowotwory u dzieci często się rozwijają nietypowo. Pierwsze objawy mogą sugerować stan zapalny. Powiększenie ślinianek u dziecka może być pierwszym objawem białaczki, podobnie jak krwawienie z dziąseł lub grzybica jamy ustnej. Inne objawy takie jak segmentarne rozchwianie zębów, rozdęcie kości zuchwy/szczęki i zaburzenia czucia w tym obszarze mogą wskazywać na rozwijający się nowotwór wewnątrzkości. Jeśli dziecko zgłasza, że nie czuje wargi, albo oblewa się, pijąc napój, jest to sygnał alarmowy dla rodziców.

Apeluję, aby nie usuwać zębów bez wykonania wcześniejszej diagnostyki

radiologicznej. Czasem powodem rozchwiania zębów może być mięsak kości. Usunięcie zęba z jego ogniska jest tragiczne w skutkach. Po kilku dniach pojawia się olbrzymi guz w miejscu ekstrakcji, bo wreszcie nowotwór zyskał dodatkową przestrzeń do propagacji. A guzy u dzieci rosną w szalonym tempie. Generalnie ta zasada odnosi się zarówno do dorosłych, jak i dzieci – jeśli nie znamy przyczyny rozchwiania zębów, nie usuwajmy ich przed wykonaniem RTG.

Nawet dyskretne owrzodzenie
błony śluzowej może być pierwszym
objawem rozwijającego się
w organizmie raka

Gdzie najlepiej pokierować pacjenta w razie zaobserwowania niepokojących zmian?

Chory zazwyczaj trafia do onkologa, ale częściej nawet do chirurga szczękowo-twarzowego, ewentualnie otolaryngologa. Wówczas przeprowadza się pogłębioną diagnostykę, na podstawie której konsylium onkologiczne decyduje, jaką optymalną ścieżkę terapeutyczną należy wybrać. W moim szpitalu w skład konsylium wchodzi: chirurg szczękowo-twarzowy, otolaryngolog, radioterapeuta, onkolog kliniczny, radiolog, psycholog kliniczny, koordynator. Warto pamiętać, że także pacjent jest członkiem konsylium onkologicznego, i to najważniejszym. Wybierając strategię leczenia, trzeba uwzględnić jego wolę. Nie należy jej pomijać. Pacjent musi zrozumieć, na co choruje, jakie są opcje leczenia, i wyrazić swoją świadomą zgodę.

Jak duży postęp dokonał się w leczeniu?

Zajmuję się leczeniem nowotworów obszaru głowy i szyi od 30 lat. Na początku mojej kariery zawodowej wskaźnik pięcioletniego przeżycia całkowitego

u pacjentów leczonych z powodu raka błony śluzowej jamy ustnej wynosił zaledwie 20-30 proc., a teraz wzrósł do 50-60 proc. Współcześnie wielospecjalistyczne leczenie obejmuje – poza chirurgią radykalną – chemioterapię neoadiuwantową, czyli przedoperacyjną, i radioterapię adiuwantową, czyli uzupełniającą. Mamy coraz więcej bardzo skutecznych leków wykorzystywanych w chemioterapii neoadiuwantowej, w tym takie, które mogą spowolnić nawet całkowitą regresję guza (docetaksel, TPF) Inne, jak cetuksymab, poprzez blokadę nabłonkowego czynnika wzrostu (EGFR) po regresji guza umożliwiają wycięcie radykalne zmian pierwotnie nieoperacyjnych. Dysponujemy też immunoterapią. Stosujemy ją, gdy doszło do wznowy choroby, a pacjent wyczerpał wszystkie metody leczenia przeciwnowotworowego.

Podstawową metodą leczenia w nowotworach jamy ustnej jest jednak leczenie chirurgiczne. Tutaj również dokonał się ogromny postęp. Mamy bardzo efektywne urządzenia do koagulacji naczyń, noże harmoniczne, piły piezochirurgiczne etc. Chirurgia szczękowo-twarzowa nie kojarzy się już w takim stopniu jak dawniej z krwawymi zabiegami. Obecnie u wielu pacjentów nie ma potrzeby przetaczania krwi po rozległych zabiegach onkologicznych. Na rynku funkcjonują również urządzenia do nawigacji śródoperacyjnej, które wskazują w trakcie zabiegu, jak daleko od tkanek nowotworowej się znajdujemy, co znakomicie poprawia precyzję adekwatnego wycięcia guza. W sferze diagnostyki trwają zaawansowane już badania nad tomografią apoktozy komórkowej i tomografią angiogenezę. Być może w przyszłości badania te będą wizualizować na co dzień superdokładny zakres występowania nowotworu. Zmianę nowotworową trzeba usunąć za pierwszym razem z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek, więc takie narzędzia diagnostyczne zdecydowanie ułatwią pracę chirurgowi.

Mamy też coraz lepsze możliwości planowania zabiegów onkologicznych. Na podstawie tomografii komputerowej drukowane są modele stereolitograficzne kości szczękowych w obszarze występowania raka, na podstawie których precyzyjnie planowane są zabiegi ablacyjne za pomocą indywidualnych szablonów chirurgicznych. Rozwinęły się też możliwości rekonstrukcji ubytków powstałych po wycięciu nowotworu – wygląd pacjenta i zachowanie funkcji po zabiegu są przecież bardzo ważne. Wycięte tkanki miękkie i kości części twarzowej czaszki mogą być zrekonstruowane poprzez przeszczepianie wolnych płatów przenoszonych na zespoleniach mikronaczyniowych z odległych okolic ciała, np. miednicy, łopatki czy strzałki. Co więcej, w te przeniesione kości możemy wprowadzić jednocześnie lub w kolejnym etapie implanty zębowe.

Niestety leczenie implantoprotetyczne u pacjentów onkologicznych nie jest refundowane przez NFZ.

Na szczęście jest światło w tunelu – w Ministerstwie Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji trwają zaawansowane prace nad wprowadzeniem tej procedury do koszyka świadczeń gwarantowanych. Mam nadzieję, że uda się to osiągnąć w ciągu najbliższych 18 miesięcy. To będzie wielka szansa na poprawę pooperacyjnej jakości życia pacjentów.

Czy dostęp do terapii jest zadowalający?

W mojej ocenie jest na przyzwoitym poziomie. Największym problemem jest zbyt długi okres oczekiwania na opisy wyników badań obrazowych, wynoszący czasem nawet do kilku tygodni. W tym czasie może dojść do olbrzymiej progresji raka – nawet takiej, która uniemożliwi jakiegokolwiek leczenie lub spowoduje, że trzeba będzie wyresekować znacznie większą część kości żuchwy albo nawet całą szczękę. Drugi problem to zbyt mała liczba patomorfologów, którzy są wyspecjalizowani w diagnostyce nowotworów mezenchymalnych i guzów zębopochodnych oraz zmian nowotworopodobnych kości szczękowych. Ja mam ogromne szczęście, bo mogę konsultować takie przypadki u znakomitej patomorfolog – profesor Romany Tomaszewskiej.



foto: Shutterstock.com

Jak Pan ocenia dostępność ośrodków chirurgii szczękowo-twarzowej?

Mamy obecnie około 38 ośrodków chirurgii szczękowo-twarzowej finansowanych przez NFZ. Oczywiście tych wiodących, z pełnym profilem zabiegów, jest znacznie mniej. Jeśli chodzi o liczbę specjalistów, to jest nas w Polsce około 480, ale aktywnych zawodowo 420. Jednak tylko połowa z nas pracuje, udzielając świadczeń z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej. Reszta koncentruje się na chirurgii i implantologii stomatologicznej. Staram się sukcesywnie zwiększać liczbę specjalistów – mamy obecnie prawie 200 miejsc specjalizacyjnych, ale nie mam wpływu na to, jaką ścieżkę kariery obejmie lekarz po ukończeniu specjalizacji. Nie każdy decyduje się na pracę w szpitalu, bo jest ona trudna, wymagająca nieprzeciętnych umiejętności, a jednocześnie zazwyczaj niewystarczająco opłacana.

Cieszę się, że mogę wykonywać ten zawód, uczyć innych, budować zespół. Chirurgia szczękowo-twarzowa jest piękną dziedziną medycyny, bo daje poczucie, że robi się coś naprawdę ważnego. To specjalizacja dla ludzi z pasją, którzy nie boją się wyzwań. Dzięki postępowi technologicznemu możemy operować coraz trudniejsze przypadki. To wyzwanie, ale też radość, bo można pomóc większej liczbie pacjentów i to na znacznie wyższym poziomie niż dawniej.●

Ponad 90 proc. rozpoznanych nowotworów jamy ustnej u dorosłych stanowi rak płaskonabłonkowy błony śluzowej. Najczęściej chorują mężczyźni po 60. roku życia. Podstawowe czynniki канцерогенne w jamie ustnej to: palenie tytoniu, spożywanie wysokoprocentowych alkoholi, zła higiena jamy ustnej, urazy mechaniczne spowodowane ostrymi brzegami ubytków zębów i źle dopasowanymi protezami, ale też infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), zwłaszcza typem 16 i 18.

DR HAB. N. MED. MARIUSZ SZUTA

specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej, otolaryngolog, od 2 czerwca 2015 r. konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, adiunkt w Katedrze Chirurgii Stomatologicznej Instytutu Stomatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej oraz Polskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Stomatologii.

Szkółki dla techników jak „zawodówki dla lekarzy”

Toczą się dyskusje o wpływie otwierania nowych wydziałów lekarskich na jakość kształcenia i poziom absolwentów. Nikt nie kwestionuje, że lekarzy brakuje. Problemem jest znalezienie równowagi pomiędzy ilością a jakością.

Jako że to sytuacja in statu nascendi, na przykładzie aptek opiszę niektóre, wcześniej nieprzewidziane, skutki złe pojętej liberalizacji.

Po przemianach z 1989 r. załamał się system dystrybucji leków. Sztucznie zaniżane ceny urzędowe, wysoka inflacja oraz brak koncepcji doprowadziły m.in. do prywatyzacji aptek. Jakość klasy politycznej i jej neoficka gorliwość w pogoni za niewidzialną ręką rynku sprawiły, że apteki mogli posiadać nawet przestępcy czy spółki prawa handlowego. Instytucje państwowe nie potrafiły utrzymać w ryzach lawinowo rosnącej liczby aptek i patologii, których rodzaje zmieniały się z upływem lat. Najbardziej znane to leki za grosz, nielegalny reeksport, odwrócona dystrybucja oraz mafie lekowe.

W dodatku nie zwiększano liczby wydziałów farmaceutycznych, za to systematycznie spadała statystyczna liczba magistrów farmacji na aptekę. Dziś – poniżej dwóch.

Po 1989 r. farmaceutów traktowano jako „sprzedawców leków”. Dopiero COVID-19 i szczepienia oraz testowanie zmieniły paradygmat apteki z punktu dystrybucji leków na punkt świadczenia usług farmaceutycznych. Rozwiązaniem problemu braku magistrów stali się – jak po II wojnie światowej – technicy farmaceutyczni. Jednakże i tu zasoby ludzkie szybko się wyczerpały.

W PRL technik farmaceutyczny musiał mieć maturę. Po upadku przestała być wymagana. Naukę zaczęto prowadzić w szkołach wieczorowych, zaocznie, weekendowo. Tzw. szkółki dla techników wyrastały jak grzyby po deszczu. Ich wyposażenie było nikłe. Brakowało również kadry.

Z reklamy potencjalni technicy dowiadawali się, że nie mając matury, mogą zyskać prestiżowe miejsce stałej pracy.

MARIUSZ POLITOWICZ
CZŁONEK NACZELNEJ
RADY APTEKARSKIEJ



Żyć nie umierać, prawda? Są wśród nich osoby po studiach – za wyjątkiem farmaceutycznych.

Jakość absolwentów tych szkółek jest niska. Dla niefarmaceutycznych właścicieli aptek tego typu pracownicy są szczęśliwym zrządzeniem

Paradoksalnie, dla magistrów farmacji ich uniwersyteckie wykształcenie jest przeszkodą, bo mają opory przed uczestnictwem w polipragmazji

losu. Bezrefleksyjni, bez alternatywnej pracy, której nie znaleźli we wcześniejszym zawodzie. Na dodatek systemy premiowe były i są powiązane ze wzrostem sprzedaży.

W ich późniejszej pracy widoczny jest efekt Dunninga-Krugera. Począwszy od – zabronionych prawem – prób samodzielnego udzielania informacji, a nawet „diagnozowania i leczenia”, do niepotrzebnego wprowadzania pacjentów w błąd. Gdy w aptecce pracuje dużo techników, a tylko jeden magister, nie ma szans na eliminację tego typu braku profesjonalizmu.

Dla magistrów farmacji ich uniwersyteckie wykształcenie jest przeszkodą, bo mają opory przed uczestnictwem w polipragmazji lub sprzedaży niepotrzebnych suplementów diety.

Przez lata wynagrodzenie i zakres obowiązków farmaceuty były tylko minimalnie większe od gaży i zakresu obowiązków techników. Skutkiem tego była frustracja farmaceutów. Gdy dołożyć do tego spadek dochodowości wynikający ze zwiększenia liczby aptek oraz ograniczeń wynikających z cen i marż urzędowych, a także ze wzrostu kosztownych biurokratycznych obowiązków, odejścia z zawodu przestają budzić zdziwienie. Zaledwie 16 proc. absolwentów (83 proc. to kobiety) wydziałów farmaceutycznych chce pracować w aptekach.

Spadają też progi punktowe na studia. Gdy prowadzenie apteki było dochodowe, na jedno miejsce przypadało ponad 10 chętnych. Dziś od niecałych 2 do 4.

Mikołaj Kopernik jest autorem prawa, że pieniądź lepszy jest wypierany z obiegu przez pieniądź gorszy. Ta reguła, niestety, sprawdziła się w polskich aptekach. I sprawdzi się wszędzie.

PRAKTYKA LEKARSKA

Słabe punkty nowotworu

SŁAWOMIR ZAGÓRSKI
DZIENNIKARZ

Na każdym etapie leczenia paliatywnego choroby nowotworowej ważymy, by leczenie nie było gorsze od samej choroby – mówi prof. Piotr Wysocki.

Na jakim etapie rozwoju znajduje się dzisiaj onkologia? Ostatnie ćwierć wieku to czas wielkiego postępu w tej dziedzinie medycyny. Mam na myśli nowe możliwości stosowania terapii ukierunkowanych molekularnie. Ćwierć wieku temu mieliśmy przede wszystkim różnego rodzaju opcje klasycznej chemioterapii i dodatkowo, w pojedynczych nowotworach, możliwości stosowania leczenia hormonalnego.

Natomiast od końca lat 90. zaczęło się pojawiać bardzo wiele terapii, tak zwanych celowanych. Stało się to możliwe dzięki rozwojowi biologii molekularnej, biotechnologii i zdefiniowaniu mechanizmów molekularnych rządzących chorobą nowotworową. W ciągu ostatnich 25 lat obserwujemy bardzo wyraźne zbliżenie się medycyny eksperymentalnej, biologii molekularnej, do kliniki. W efekcie te 25 lat to niesamowity okres rozwoju terapii celowanych, spersonalizowanych, opartych na tym, że coraz lepiej rozpoznajemy i rozumiemy chorobę nowotworową. Ze choroba nowotworowa typu rak piersi to już nie jeden nowotwór, tylko kilkanaście, a może i kilkadziesiąt różnych podtypów molekularnych tej samej choroby, z których każdy leczy się trochę inaczej. A leczenie polega na tym, że w oparciu o diagnostykę molekularną definiujemy słabe punkty nowotworu i uderzamy w nie, stosując terapie celowane.

Słyszymy wiele o postępie leczenia nowotworów, ale rak to bardzo trudny przeciwnik. Wydaje się, że nasza wiedza o biologii nowotworów jest wciąż mocno niekompletna. Jak wiele brakuje nam do tego, żebyśmy rzeczywiście poznali biologiczne mechanizmy

choroby nowotworowej i mogli skutecznie ją leczyć?

Na pewno możemy powiedzieć, że dzięki poznaniu nowych celów terapeutycznych i ich zablokowaniu wzrosło prawdopodobieństwo uzyskania kontroli nad chorobą. Ogromny problem polega na tym, że podstawą możliwości wyleczenia chorych jest wciąż

Druka dekada XXI wieku to postęp w leczeniu nowotworów płuca, głowy i szyi, czerniaka, raka skóry i szeregu nowotworów z bardzo dużą immunogennością

leczenie miejscowe – radioterapia i przede wszystkim chirurgia. Onkologia kliniczna, czyli cała sfera farmakoterapii, jest głównie elementem wspomagającym, przygotowującym i jakby wieńczącym proces leczenia miejscowego. Ma pan rację, że w zakresie możliwości stosowania farmakoterapii, która prowadziłaby do całkowitego wyleczenia chorych, mamy jeszcze bardzo dużo do zrobienia. W większości przypadków jesteśmy tylko dodatkiem do działania miejscowego właśnie chirurgów czy radioterapeutów. Onkologia kliniczna jest rzeczywiście elementem krytycznym leczenia choroby o charakterze przewlekłym. I tutaj notujemy ogromny postęp. Widać to najlepiej, śledząc liczbę chorych, u których toczy się aktywny proces nowotworowy i są leczeni

przewlekłe. Gdy spojrzymy na te liczby w perspektywie ostatniego ćwierćwiecza, widzimy, że to jedna z najszybciej rosnącej populacji chorych w całej medycynie. 25 lat temu pacjenci z przerzutami żyli zazwyczaj pół roku, nie dłużej niż rok. Dziś przeżywa w wielu nowotworach sięgają pięciu, dziesięciu lat. Tych chorych nie jesteśmy w stanie wyleczyć, ale leczymy ich coraz skuteczniej. W efekcie co roku grupa chorych wymagających przewlekłego leczenia onkologicznego powiększa się o kolejnych pacjentów wchodzących w etap tzw. leczenia paliatywnego choroby przewlekłej/nieuleczalnej. Dlatego onkologia w najbliższych latach stanie się jedną z podstawowych dziedzin medycyny zachowawczej. Ogromna liczba chorych żyjących latami będzie wymagała przewlekłego, regularnie modyfikowanego, leczenia onkologicznego. Podstawowy problem jest taki, i to najbardziej uzmysławia, z czym my się mierzymy, że w przypadku nowotworów, które są chorobą nieuleczalną, obowiązują te same prawa ewolucji, które 150 lat temu zdefiniował Darwin. Teoria Darwina dotyczyła ewolucji gatunków, w przypadku onkologii ewoluują poszczególne ogniska nowotworowe. I to, z czym mamy do czynienia w praktyce klinicznej, to sytuacja, że u chorych z przerzutami każdy przerzut składa się z komórek, które dzięki ciągłym, spontanicznym mutacjom nabywają cech dających im przewagę. Każda taka mutacja może doprowadzić

do powstania nowego klonu komórkowego, który wymknie się spod kontroli terapeutycznej uzyskiwanej dzięki stosowanemu w danym momencie leczeniu.

To swego rodzaju wyścig. Stosujemy nowe leki, ale komórki przed nimi „uciekają”.

To jest wyścig. I może być tak, że u pacjenta komórki w różnych lokalizacjach uciekają w nieco inną stronę. W efekcie im dłużej leczymy chorych, tym trudniej leczyć ich kompleksowo. Bo może się okazać, że choroba w różnych lokalizacjach wymaga różnych podejść terapeutycznych, kojarzenia terapii, żeby kontrolować ją na poziomie całego organizmu. I to są już niezwykle skomplikowane sytuacje kliniczne, wymagające wspinania się na wyżyny współczesnej wiedzy onkologicznej.

A co z jakością życia chorych leczonych przewlekłe? Jaką cenę płacą pacjenci, którzy żyją długo i korzystają z kolejnych terapii?

Poruszył pan niesamowicie ważną kwestię. Przez wiele lat pokutowało przekonanie, że leczenie onkologiczne musi być toksyczne. To oczywiście wynikało z tego, że jedyne dawne opcje leczenia oparte były na stosowaniu klasycznych leków chemioterapeutycznych, których rozwój polegał na tym, iż szukano możliwości stosowania maksymalnych tolerowanych dawek. Ale maksymalna tolerowana dawka, która nie zabije pacjenta, jest też bardzo toksyczna. Agresywne leczenie onkologiczne ma istotne znaczenie w przypadku chorych, których chcemy leczyć radykalnie, czyli wyleczyć całkowicie. Wiemy, że tu się liczy silne i efektywne uderzenie w chorobę, ale czas leczenia jest relatywnie krótki, zwięźziony w pewnym momencie leczeniem chirurgicznym i zamknięciem procesu terapeutycznego.

Natomiast w leczeniu choroby przewlekłej, a z takimi chorymi stykamy się przede wszystkim na co dzień, mamy dwa podstawowe cele. Jednym jest jak najdłuższe przeżycie, a drugim dobre wykorzystanie lat, które choremu udaje się „podarować” dzięki zdobyczom onkologii. Żeby było to życie dobrej jakości. I to stanowi niezwykle ważne współczesne wyzwanie dla onkologów. Ten balans



fot.: archiwum prywatne

▲ Prof. Piotr Wysocki – prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, kierownik Katedry i Kliniki Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie

pomiedzy efektywnym i praktycznie dożywotnym leczeniem a jakością życia chorego. Bardzo się liczy tutaj współpraca pacjenta i lekarza, dyskusja na temat optymalnego leczenia na danym etapie choroby.

Coraz częściej obserwujemy, że u chorych z chorobą uogólnioną, u których po długim czasie doszło do nawrotu, pojawiające się przerzuty nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia. Mogą być zlokalizowane w miejscach, które nie powodują żadnych objawów oraz nie wpływają na prawidłowe funkcjonowanie narządów. Mamy coraz więcej danych naukowych wskazujących, abyśmy w takich sytuacjach się nie spieszyli, abyśmy poczekali, bo pośpiech nie spowoduje, że chory będzie żył dłużej. Pośpiech przełoży się na to, że będziemy go szybciej leczyć, ale wczesne obciążenie chorego działaniami niepożądanymi związanymi z leczeniem nie spowoduje, że będzie mu się żyło lepiej.

Ogromnie dużo dzieje się w zakresie optymalizacji leczenia onkologicznego przewlekłe chorych z punktu widzenia jakości życia. Chociażby w przypadku chemioterapii, która kiedyś była stosowana wyłącznie w maksymalnych dopuszczalnych dawkach. Okazało się, że w chorobie przewlekłej nie tędy droga. Że można chemioterapię podawać w znacznie mniejszych dawkach. W wielu sytuacjach można stosować ją w formie doustnej, dzięki czemu jej toksyczność dramatycznie maleje, a efekt leczenia polegający na długotrwałej kontroli choroby osiągnięty jest minimalnym kosztem. W tym samym kierunku idą nowoczesne terapie celowane. Dobieramy je tak, żeby z jednej strony można było kontrolować chorobę, ale żeby odbywało się to jak najniższym kosztem dla pacjenta. Na każdym etapie paliatywnego leczenia przewlekłej choroby nowotworowej ważymy, żeby leczenie nie było gorsze od choroby. To ogromna zmiana, która dokonała się w ostatnich 20 latach.

Uczestniczyłem w kilku kongresach onkologicznych. Miałem okazję obserwować pojawianie się niektórych przełomowych leków, jak np. stosowanego w leczeniu zaawansowanego czerniaka ipilimumabu. Ale jako dziennikarzowi trudno było mi często zrozumieć entuzjazm onkologów obserwujących dwie lekko rozjeżdżające się krzywe przeżywalności – jedną z dotychczasowym złotym standardem i drugą z nowym lekiem. Różnica wynosiła np. 3-4 miesiące, a uznawano to za sukces. W przypadku nowych terapii celowanych nadal to tak wygląda?

Ten ogromny aplauz w przypadku ipilimumabu był związany przede wszystkim z tym, że po raz pierwszy zadziałała immunoterapia, która przez lata wydawała się Świętym Graalem onkologii. Sądzono, że jeśli uda się pobudzić układ odpornościowy, by rozpoznawał i eliminował komórki

nowotworowe, będzie to praktycznie oznaczało pokonanie choroby nowotworowej.

Próbowano przez ponad sto lat i nie było efektów. Aż w pewnym momencie okazało się, że układ odpornościowy wprawdzie bardzo dobrze rozpoznaje niektóre nowotwory, ale pobudzanie tego układu niewiele wnosi. Bo im bardziej się go pobudza, tym silniej komórki nowotworowe go hamują.

Ipilimumab był pierwszy zwiaśtunem, że w przypadku niektórych nowotworów nie chodzi o dociskanie pedału gazu, tylko o zdemontowanie hamulca, na który nowotwór naciska, żeby wyłączyć układ odpornościowy. I wtedy ten układ zaskakuje. Ipilimumab rozpoczął nowy rozdział w onkologii. Pojawiła się immunoterapia, która w niektórych nowotworach, m.in. w czerniakach, daje potencjalnie szansę, że nawet u chorych z chorobą uogólnioną układ odpornościowy będzie w stanie wyeliminować nowotwór co do jednej komórki.

Ten postęp nie okazał się jednak tak spektakularny we wszystkich przypadkach. Stało się to w pojedynczych, wybranych nowotworach. W onkologii rzeczywiście rozwijamy się krok po kroku. Rzadko jest tak, że zobaczy pan mocno rozjeżdżające się krzywe całkowitego przeżycia po zastosowaniu nowego leczenia. Najczęściej widzimy wydłużenie czasu wolnego od progresji, czyli spowolnienie postępu choroby, co jednak nie wpływa na to, że chory będzie żył dłużej. Są nowotwory, których do tej pory nie bardzo umiemy leczyć. Przykładem może być rak trzustki, rak dróg żółciowych czy drobnokomórkowy rak płuca, czyli nowotwory o bardzo dużej agresywności, gdzie te zdobycze ostatnich 20 lat były niestety niewielkie. Choć i tu są sygnały, że pewne strategie leczenia w niewielkim odsetku chorych mogą działać całkiem skutecznie. Nie da się ukryć, że większość nowoczesnych terapii jest wielokrotnie droższa niż standard, a często trzeba leczyć wielu pacjentów, by u jednego uzyskać spektakularny efekt.

Trzeba też pamiętać, że wspomniane przez pana 3-4 miesiące życia to średni wynik. Są chorzy, którzy nie reagują na leczenie i są tacy, którzy reagują zdecydowanie lepiej niż średnia. I to jest coś, na co w onkologii liczymy.

To, co się w mojej dziedzinie ostatnio zmienia, i to jest nowa era terapii onkologicznych, to stosowanie koniugatów, czyli tzw. celowanej chemioterapii. Polega ona na podawaniu przeciwciał rozpoznających konkretne białka na powierzchni komórek nowotworowych, skoniugowanych, innymi słowy połączonych, z ekstremalnie toksycznymi cząsteczkami chemioterapii. Często są to leki chemioterapeutyczne,

Onkologia w najbliższych latach stanie się jedną z podstawowych dziedzin medycyny zachowawczej. Ogromna liczba chorych będzie wymagała przewlekłego, regularnie modyfikowanego, leczenia onkologicznego

których nigdy nie można było podać chorym dożylnie, gdyż były zbyt toksyczne.

Przeciwciało jest tu tylko nośnikiem toksycznej substancji.

Nośnikiem i jednocześnie kluczem do konkretnej komórki. Bo gdy do białka błonowego przyłączy się przeciwciało, to taki kompleks zostaje wchłonięty do wnętrza komórki. W ten sposób wraz z przeciwciałem do komórki wprowadzany jest granat, który w niej eksploduje. I ta strategia w najbliższych latach będzie się nieprawdopodobnie szybko rozwijała. Bo my wiele tych białek, które występują na powierzchni komórek nowotworowych, od lat znaliśmy, ale uderzanie w nie, blokowanie, nie dawało żadnych efektów terapeutycznych. Dopiero teraz okazało się, że stanowią one drzwi do komórki nowotworowej, przez które możemy wprowadzić do jej wnętrza zabójcze substancje. Widzimy wiele nowych badań klinicznych w kompletnie różnych wskazaniach z nowymi przeciwciałami skoniugowanymi z nowymi związkami cytotoksycznymi i rozpoznającymi nowe, zupełnie

wcześniej nieistotne klinicznie, białka na powierzchni komórek.

Proszę o przykład.

Trastuzumab deruxitecan. Lek oparty na trastuzumabie, który wiąże się z receptorem HER2 i nie tylko go blokuje, ale poprzez receptor HER2 wprowadza do komórki nowotworowej cytotoksyczny lek. Dzięki temu po raz pierwszy trastuzumab działa w przypadku nowotworów z niewielką ekspresją receptora HER2. Bo kiedyś ten i podobne do niego leki działały wyłącznie u chorych z tzw. nadekspresją HER2. A w tej chwili poprzez to, że ładunek cytotoksyczny jest tak ogromny, wystarczy nawet niewielka obecność tych receptorów na powierzchni komórki, żeby wchłonięte przez nie przeciwciała i tak doprowadziło nie tylko do zniszczenia jej, ale i wszystkich komórek naokoło. Kiedy w ubiegłym roku na najważniejszym kongresie onkologicznym na świecie pokazano, że ten lek działa nie tylko w rakach HER2 dodatnich, wywołało to owację na stojąco.

Rozumiem, że mówimy tu o raku piersi.

Tak. Ale ta sama strategia ma już potwierdzone działanie w raku płuca z ekspresją HER2, w raku jelita, żołądka. Trwają badania w raku trzustki.

Kolejny lek tego typu to sacituzumab govitecan, pierwszy od wielu lat specyfik, który działa w tzw. trójciennym raku piersi (na powierzchni komórek nowotworowych nie ma ani receptorów estrogenowych, ani progesteronowych, ani HER2). Następny lek, który działa w raku pęcherza moczowego, to enfortumab vedotin. I kolejny, który teraz pojawia się w bardzo wielu badaniach, to datopotamab deruxitecan. A leków, które stoją w kolejce, jest po prostu wysyp. Relatywnie prosto je opracować, bo wszyscy wiedzą, jak konstruować przeciwciała. One różnią się tylko celami molekularnymi i ładunkiem toksycznym, bo znamy sporo różnych

chemioterapeutyków. Teraz próbuje się to kojarzyć: dwa różne koniugaty ze sobą, koniugat z lekiem immunologicznym. Kolejnym, niesamowitym krokiem, którego efekty już widzimy, ale one są tylko zwiastunami tego, co się będzie działo w najbliższych latach, jest celowana immunoterapia.

To właśnie stosowanie koniugatów uznaje Pan za najjaśniejszy punkt współczesnej onkologii?

Tak, zdecydowanie. Pierwsza dekada XXI wieku to były terapie celowane. Czyli przeciwciała blokujące receptory błonowe, drobnocząsteczkowe inhibitory wewnątrzkomórkowych szlaków sygnałowych. Druga dekada XXI wieku to boom na immunoterapię, tzw. inhibitory punktów kontrolnych. To postęp w leczeniu nowotworów płuca, głowy i szyi, czerniaka, raków skóry i szeregu nowotworów z bardzo dużą immunogennością. A teraz nadeszła era celowanej chemioterapii. W wielu sytuacjach będzie stosowana samodzielnie, a w innych kojarzona z tymi lekami, którymi dysponujemy od lat. Z hormonoterapią, z terapiami celowanymi, z immunoterapią, być może też ze starą chemioterapią.

Te najnowsze skoniugowane leki weszły już do praktyki klinicznej? Czy one są dostępne też w Polsce?

Część z nich jest dostępna. Część jest zarejestrowana i refundowana, część zarejestrowana, ale nierefundowana. Niedawno miała miejsce duża akcja medialna na temat wspomnianego trastuzumabu deruxtecenu, stosowanego w leczeniu raka piersi. Ministerstwo Zdrowia obiecywało refundację już w marcu 2023 r. Niestety, nadal jej nie ma. Lek jest bardzo drogi. Koszt jednej dawki podawanej co trzy tygodnie to około 60 tys. zł. Wszystkie nowe leki są bardzo drogie. Miesięczna terapia to wydatek rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych. Tak naprawdę to największa bolączka postępu onkologii.

Powiedział Pan, że onkologia rozwija się krok po kroku. Czy jest jednak taki przełom, na który pan czeka?

Mam nadzieję, że kiedyś będzie możliwe efektywne uczenie układu odpornościowego. Wskazywanie mu kierunków i cech komórek nowotworowych, które miałby eliminować.

To ogromne wyzwanie współczesnej medycyny. Wiemy, że w hematologii, w przypadku chorób znacznie bardziej stabilnych genetycznie, znacznie bardziej zależnych od pojedynczych antygenów, łatwiej zaprojektować limfocyty, wskazać im cel ataku. Dużo trudniej robić to w przypadku nowotworów litych, które są bardzo niestabilne genetycznie, bardzo łatwo gubią swoje cechy, zmieniają je. Mam jednak nadzieję, że pojawią się nowe możliwości, m.in. w oparciu o zdobycze z obszaru COVID. Chodzi o szczepionki RNA, które mogą być szybko dopasowywane do konkretnego nowotworu.

W przypadku nowotworów obowiązują te same prawa ewolucji, które 150 lat temu zdefiniował Darwin.

W onkologii ewoluują poszczególne ogniska nowotworowe

Jestem w onkologii od 20 lat i generalnie pozbyłem się złudzeń, że z chorobą nowotworową kiedykolwiek będziemy mogli wygrać w ten sposób, żeby powiedzieć, że nie stanowi ona już zagrożenia dla życia ludzi i że w każdej sytuacji będziemy w stanie sobie z nią poradzić.

Ta choroba wpisana jest w naszą biologię.

Według zachodnioeuropejskich statystyk zachoruje na nią co drugi mężczyzna i co trzecia kobieta, a połowa z nich z tego powodu umrze. Wyzwaniem jest minimalizowanie ryzyka zgonu. Trzeba sobie zdawać sprawę, że im dłużej żyjemy, tym bardziej rośnie prawdopodobieństwo zachorowania. Im gorzej będziemy żyli, tym to prawdopodobieństwo będzie wyższe. Zadaniem nas wszystkich, jako osób potencjalnie zagrożonych, jest to, żeby choroba nowotworowa była w naszym życiu epizodem, a nie czymś, co to życie zdeterminuje. Dlatego mając świadomość

ryzyka, możemy zadbać o styl życia, prawidłowe odżywianie, aktywność fizyczną i kontrolne badania w celu wykrycia wczesnych zmian, które można usunąć, zanim jeszcze będą w ogóle chorobą nowotworową.

Onkologów w Polsce jest niewiele. To trudna specjalizacja, chociaż bardzo ciekawa.

Nieprawdopodobnie ciekawa. Zrozumienie choroby nowotworowej, która u każdego chorego ma nieco inne cechy, a im dłużej u konkretnego chorego występuje, tym bardziej potrafi zachowywać się jak kameleon. Prześledzenie różnych etapów zachowania się nowotworu, reakcji na różne strategie leczenia. Zastanawianie się, co zrobić, żeby te zmiany opanować. To wszystko jest wielkim wyzwaniem merytoryczno-intelektualnym i sprawia, że onkologia jest najbardziej fascynującą dziedziną medycyny niezabiegowej. Bo jeżeli zrozumiemy chorobę u danego pacjenta, dużo łatwiej być od niej sprytniejszym. A u każdego chorego przewlekła choroba nowotworowa przebiega w inny sposób.

Co by Pan powiedział kolegom nieonkologom, uczulając ich na wczesne wykrywanie nowotworów?

Żeby nie bagatelizowali objawów, które utrzymują się u pacjentów relatywnie długo (ponad 3-4 tygodnie) pomimo ich interwencji. Że jeżeli są jakieś problemy i wdrażają leczenie, które wydaje im się jak najbardziej zasadne, ale w ciągu miesiąca dolegliwości nie ustępują, trzeba zawsze się zastanowić, czy to aby nie problem onkologiczny. Powiedziałbym też, żeby po stwierdzeniu choroby nowotworowej w przypadku pacjentów z nieprawidłowymi parametrami funkcji takich narządów jak wątroba czy nerki kierowali ich do ośrodków referencyjnych, które wiedzą, jak dobierać leczenie w sytuacji niepełnej wydolności narządowej.

Autor jest doktorem nauk biologicznych, dziennikarzem OKO.press, byłym wieloletnim szefem Działu Nauki „Gazety Wyborczej”. ●

PRAKTYKA LEKARSKA

Zwycięstwo Anety

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

O chorobie dowiedziała się na początku ósmego miesiąca ciąży. Najpierw był szok i niedowierzanie. Po chwili gonitwa myśli: „Jak to wszystko ma wyglądać?“, „Co jeśli się nie uda?, „Czy córeczka mnie zapamięta?“. Udało się. Aneta Strojanowska w październiku będzie świętować 40. urodziny.

Miało być tak: poukładane sprawy zawodowe, dom za miastem i dziecko, a później kolejne. – Realizacja szła całkiem zadowalająco – opowiada Aneta Strojanowska, architektka z Łodzi. – Wyglądało na to, że do czterdziestki wszystkie punkty będą przynajmniej w trakcie realizacji. Z pracą nie było problemów. Widoki na dom stawały się coraz jaśniejsze, bo udało się znaleźć ładną działkę pod miastem. A kilka miesięcy po 38. urodzinach dowiedziałam się, że jestem w ciąży.

Plód rozwijał się prawidłowo, poród miał być w prywatnej, ekskluzywnej klinice w Łodzi. A pojedyncze klucia w piersi wyglądały na efekt burzy hormonalnej i zapowiedź laktacji.

– Czego było się bać? – mówi Aneta. – Byłam pod opieką specjalistów, a oni nie wydawali się czymkolwiek zmartwieni.

ŁAGODNA ZMIANA

Oprócz wizyt u ginekologa Aneta regularnie chodziła do lekarzy, bo jej mama ponad ćwierć wieku temu zachorowała na raka piersi. – Od kilku lat regularnie robiłam USG piersi, bo miałam świadomość, że mogę być w jakiś sposób obciążona. Robiłam badania genetyczne w kierunku mutacji BRCA1 i BRCA2. Nie mam jej. Kilka razy dzwonił dzwonek alarmowy, ale wszystkie zmiany okazały się łagodne. Po koniec 2021 r. miałam nawet biopsję cienkoigłową. Wyszła kolejna łagodna zmiana. Tego dnia, gdy dostałam wynik badania, dowiedziałam się, że jestem w ciąży. Dlaczego miało być źle, skoro wszystko tak dobrze się układało?

Wraz z wynikiem biopsji przyszło zalecenie powtórzenia badania. I gdy

Aneta pojechała odebrać – jak się spodziewała – kolejny dobry wynik, spadła na nią wiadomość, że jest ciężko chora. Ma raka piersi.

– Byłam w ósmym miesiącu ciąży. Najpierw szok – wspomina. – Miałam w sobie dużo smutku

Kolejną chemię miałam jeszcze przed porodem. Znów kapąła czerwona kroplówka. Potem już tylko czekałam na poród. I znów wyszło inaczej, niż było zaplanowane

i żalu. Zastanawiałam się, dlaczego akurat mnie to spotkało. I dlaczego akurat teraz. Bardzo się bałam, że nie zdążę wychować córki. Że ona mnie nie zapamięta. Ale najsilniejszym uczuciem była miłość. Dla dziecka byłam gotowa na wszystko.

PLAN RATUNKOWY

W klinice, w której planowała poród, przedstawiono plan ratunkowy. Zakładał poród w 35. tygodniu ciąży, tydzień później operację i po kolejnych siedmiu dniach chemioterapię.

– Na pierwszy rzut oka wyglądał sensownie – wspomina Aneta. – Ale postanowiłam, że nim zgodzę się na jego realizację, zorientuję się, czy są jakieś inne rozwiązania.

Umówiła się do kilku specjalistów i napisała do Fundacji Rak'n'Roll. Wniosek? Konieczne trzeba skontaktować się z dr

Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii-Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie.

Aneta: – Ona miała inny pomysł na leczenie. Dowiedziałam się, że mogę mieć podaną chemię w ciąży. Od tego mieliśmy zacząć. Kolejna wiadomość brzmiała: „Musimy doprowadzić ciążę do końca”. Zabrzmiło lepiej niż pierwszy plan i tym razem zgodziłam się na jego realizację, nie stawiając żadnych warunków.

DLACZEGO?

Na pierwszą chemię pojechała do Warszawy, będąc już w zaawansowanej ciąży. – Pamiętam, jak leciała czerwona kroplówka. W głowie burza myśli i emocji, a z oczu kapąły łzy. I znów pytania. „Jak się będę czuła?“, „Dlaczego nie mogę przeżywać macierzyństwa tak jak inne kobiety?“, „Dlaczego mam odebrane piękne chwile związane z byciem mamą?“, „Dlaczego zamiast pakować dziecięce ubranka do walizki, muszę pakować się na kolejną chemię?“ i jeszcze: „Co będzie z dzieckiem po tym okropnym, czerwonym płynie?“.

Mimo obaw chemię Aneta zniosła dobrze. Ale znów trzeba było modyfikować plan ratunkowy. – Położnikowi, który miał poprowadzić moją ciążę do końca, coś wypadło – opowiada. – Powiedział, że nie będzie mógł odbierać porodu. Na pożegnanie dał mi numer do prof. Mariusza Grzesiaka, kierownika

Kliniki Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki (ICZMP). Oczywiście zadzwoniłam.

SPRÓBUJĘ URODZIĆ

Wtedy dowiedziała się, że w szpitalu, który jest dosłownie kwadrans drogi samochodem od jej domu, nie tylko można zorganizować jej poród, ale także kompleksową opiekę onkologiczną.

– Ponieważ dojazdy na chemię do Warszawy były coraz bardziej uciążliwe, przeniosłam się do „Matki Polki” – relacjonuje Aneta. – Kolejną chemię miałam jeszcze przed porodem. Znów kapłała czerwona kroplówka. Potem już tylko czekałam na poród. I znów wyszło inaczej, niż było zaplanowane.

Na porodówce wyładowała kilka dni przed terminem z podejrzeniem zatrucia pokarmowego. Brzuch szybko przestał boleć, ale pojawiła się kolejna niespodzianka.

– Całe życie byłam przekonana, że jeśli kiedykolwiek urodzę, to tylko przez cesarskie cięcie. Panicznie bałam się porodu naturalnego – przyznaje. – A w „Matce Polce” na dzień dobry usłyszałam, że będzie poród naturalny i że mam się do niego przygotować. Załamalam się. No bo jak się przygotować, skoro nawet w szkole rodzenia opuściłam ten temat, bo przecież miał mnie nie dotyczyć? Sytuacja musiała być poważna, bo sam profesor namawiał mnie do porodu naturalnego. Przyszła też pani Jolanta Parafiniuk, oddziałowa z bloku porodowego, a po niej jeszcze kilka innych osób. No i mnie przekonali. Myślałam: „Skoro wszyscy mówią, że tak będzie lepiej dla mnie, spróbuję”. No i dobrze wyszło.

1 grudnia 2022 r. urodziła zdrową, ponadtrzykilogramową córeczkę Marcelinę. Spędziła z nią kolejne cztery tygodnie, a zaraz po świętach trzeba było wrócić do szpitala. Na trzecią chemię.

PIĘKNA PERUKA

Cztery tygodnie później był zabieg. Mastektomia z jednoczesną rekonstrukcją piersi. Operował prof. Marek Zadrozny, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi ICZMP.

– Każda kolejna chemia była dużym stresem. Ale najbardziej bałam się operacji. Zupełnie serio zastanawiałam się, czy ją przeżyję. Pewnie dlatego, że jedną z największych traum w moim życiu

► 1 grudnia urodziła Marcelinę, a zaraz po świętach musiała wrócić do szpitala na trzecią chemię

źródło: archiwum prywatne



była operacja raka piersi u mamy, gdy miałam 10 lat.

Zabieg się udał. Można było kontynuować chemię. Tym razem we wlewie był bezbarwny płyn.

Gdy umarła Ania, poznana podczas leczenia, Aneta doświadczyła bezwzględności choroby.

Uświadomiła sobie, że to mogła być ona

Aneta: – Idąc na chemię, boimy się, że będziemy wymiotować i że wypadną włosy. U mnie włosy były najmniejszym problemem. Byłam

tak skupiona na dziecku, że w ogóle o tym nie myślałam. Miałam piękną perukę, którą założyłam może trzy razy. Ponieważ to była zima, chodziłam w czapce, bo tak było najwygodniej. Samą chemię znosiłam dość dobrze. Pod koniec pojawiła się neuropatia, więc zmniejszono dawkę leku. Przed ostatnią dawką trochę gorzej się poczułam, więc jej nie dostałam. Zakończyłam leczenie tydzień wcześniej, niż planowano. Z chemią jest tak, że pacjent odlicza, ile mu wlewów zostało do końca. Z każdą kolejną silniejsze jest poczucie, że coraz bliżej do mety. Jak usłyszałam, że to już koniec, po prostu się popłakałam.



Źródło: archiwum prywatne

◀ 30 czerwca 2023 r. Aneta uderzyła w dzwon zwycięstwa. Tak w „Matce Polce” świętuje się zakończenie leczenia onkologicznego

BEZ POŻEGNANIA

Pod koniec czerwca na wizycie kontrolnej prof. Ewa Kalinka, kierownik Kliniki Onkologii ICZMP, poinformowała Anetę, że jest zdrowa. A 30 czerwca w szpitalu zorganizowano uroczystość. Poproszono pacjentkę, by uderzyła w dzwon zwycięstwa. Tak świętuje się zakończenie leczenia onkologicznego w „Matce Polce”.

Anetę uderzającą w dzwon oglądała w telewizji Ania, która leżała kilka pięter wyżej w Klinice Onkologii.

– Zadzwoiła do mnie i powiedziała, że bardzo się cieszy – opowiada Aneta. – Była moją przyjaciółką. Poznałyśmy

się na mojej pierwszej chemii w ICZMP. Ja byłam tydzień przed porodem, ona tydzień po. W tym samym czasie zaszłyśmy w ciążę. W tym samym czasie usłyszałyśmy, że mamy raka piersi. Spotkałyśmy się na porodówce i później na onkologii. Bardzo wiele nas łączyło. Byłyśmy dla siebie grupą wsparcia. Na każdą kolejną chemię bardzo czekałyśmy, bo wiedziałyśmy, że się spotkamy.

Ostatnie wieści od Ani były budujące. Przed miesiącem wyszła za

mąż. Życie zaczęło się jej układać. Planowałyśmy kolejne spotkania.

Ale w dniu, gdy Aneta uderzała w dzwon zwycięstwa, Anie napisała SMS-a, że ma przerzuty do mózgu. Tydzień później zadzwoniła jej mama, że Ania nie żyje.

– To był straszny wstrząs – wzdycha Aneta. – Doświadczylam bezwzględności tej choroby, uświadomiłam sobie, że to mogłabym być ja. Ona chorowała 10 miesięcy, miała ośmiomiesięcznego synka...



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



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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes zarządu Fundacji Lekarzy Lekarzom

PRAKTYKA LEKARSKA

Dać szansę matce i dziecku

ADAM CZERWIŃSKI
DZIENNIKARZ

Musimy walczyć ze stereotypem, że chemioterapia dziecku szkodzi. Oczywiście, że szkodzi, ale wcześniactwo szkodzi dużo bardziej. Powinniśmy go zatem unikać za wszelką cenę – mówi prof. Ewa Kalinka.

Pani Aneta jest jedną z Boskich Matek, leczonych w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki. Ile jest takich pacjentek?

Trudno podać bardzo precyzyjne wyniki. Takie możliwości ma NFZ, który jednocześnie rejestruje leczenie onkologiczne i ciążę. Dane nie są dostępne na żądanie, ale zakładamy, że przypadków jest w skali kraju powyżej 100 rocznie. Do ICZMP trafia co najmniej kilkanaście z nich.

Z jakim rozpoznaniem?

Rak piersi i rak szyjki macicy to dwa najczęstsze nowotwory, które występują u kobiet ciężarnych. Zauważamy, że pojawia się u nas coraz więcej ciężarnych z rakiem piersi, co wynika z dwóch rzeczy. Po pierwsze, kobiety rodzą coraz później. Pacjentka po czterdziestce to na położnictwie norma. A przecież ryzyko raka piersi rośnie z wiekiem, aż do 70.-80. roku życia. Dlatego absolutnie nas nie dziwi, że rozpoznajemy takie nowotwory częściej niż kiedyś.

Z drugiej strony mamy też dużo większą liczbę działań dotyczących manipulacji hormonalnych u pacjentek, które są poddawane leczeniu niepłodności. Na szczęście bardzo wiele kobiet odnosi wielki sukces, jakim jest urodzenie dziecka. Ale niestety nie do końca jesteśmy pewni, jak te manipulacje wpływają na ryzyko raka piersi. Wiemy przecież, że duże wahania hormonalne mogą ryzyko raka piersi zwiększać.

Czy ciąża w jakiś sposób wpływa na rozwój nowotworów?

Oczywiście. Wpływa, ograniczając ich wystąpienie wielokrotnie. Ile ciąż, tyle mniej szans różnego rodzaju nowotworów. Odnosi się to zarówno do raka jajnika, raka piersi, jak i wielu innych nowotworów.

Jak powinno wyglądać leczenie Boskiej Matki? Pani Anecie początkowo nie proponowano chemioterapii w ciąży. Miał być poród po 35. tygodniu i potem bardzo intensywne leczenie.

W pierwszym trymestrze za wyjątkiem sytuacji ratujących życie nie wkraczamy kompletnie z żadnymi procedurami typowo onkologicznymi. Leczenie ciężarnych z chorobą nowotworową za pomocą chemioterapii czy chirurgii jest możliwe począwszy od 12. tygodnia ciąży. W przypadku raka piersi dążymy do tego, żeby pod żadnym pozorem nowotwór nie skrócił ciąży ani by ciąża nie opóźniła leczenia nowotworu, i rozpoczynamy chemioterapię. Podobnie wyglądają zasady leczenia chłoniaków, raków przewodu pokarmowego i innych nowotworów, które zdarzają się u ciężarnych. Jedyny wyjątek to rak szyjki macicy, dlatego że dotknięty jest nim narząd, w którym jest płód. Tu leczenie polega na chirurgii dotyczącej macicy albo na radio- i chemioterapii. Obejmują pola tak bliskie płodowi, że mógłby on zginąć pod wpływem tych procedur. I wtedy, by ratować dziecko i dać

mu największe szanse pomimo wcześniactwa, podejmujemy decyzję, żeby ciążę planowo zakończyć nieco wcześniej.

Leczenie Boskiej Matki wbrew powszechnemu przekonaniu, że ciąża i chemioterapia nie powinny iść w parze.

Faktycznie, chemioterapia i w ogóle leczenie onkologiczne jako jedno z głównych przeciwwskazań mają ciążę. To oczywiście wiąże się z korzystaniem z leków o potencjalnie negatywnym wpływie na rozwój płodu i mogących wywołać różne powikłania położnicze. Ale decyzja o rozpoczęciu chemioterapii u ciężarnej nigdy nie jest podejmowana jednoosobowo, tylko w zespole, w którym oprócz onkologa są położnik i neonatolog. Specjaliści bardzo szczegółowo omawiają z przyszłą mamą ryzyko wynikające ze skrócenia ciąży. Wniosek z tych rozmów jest jednoznaczny: ryzyko wcześniactwa indukowanego skróceniem ciąży jest dużo wyższe niż potencjalne działania uboczne chemioterapii, której poddany jest płód w końcowych tygodniach ciąży. Dlatego też nie mamy wątpliwości, że powinniśmy zrobić wszystko, żeby mamę utwierdzić w fakcie, że to jest dla jej dziecka najbezpieczniejsze. Musimy trochę walczyć ze stereotypem, że chemioterapia dziecku szkodzi. Oczywiście, że szkodzi, ale wcześniactwo szkodzi

dużo bardziej. Zatem powinniśmy go uniknąć za wszelką cenę.

Co poradziłyby Pani lekarzom, do których trafi Boska Matka?

Po pierwsze, spróbowałbym sobie odpowiedzieć na pytanie, czy jednostka, w której pracuje, jest przygotowana do objęcia opieką takiej pacjentki. To leczenie z merytorycznego punktu widzenia nie jest trudniejsze niż inne, ale sprawą fundamentalną jest konieczność zabezpieczenia pacjentki przez 24 godziny na dobę. Dlatego polecałbym zdecydowanie zabezpieczenie leczenia w ośrodku dysponującym zapleczem położniczo-, perinatalno-, neonatologicznym w sposób nierozdzielny z funkcjonowaniem onkologii.

W Polskim Towarzystwie Onkologii Klinicznej pracujemy nad opracowaniem stanowiska ekspertów dotyczącego modelu opieki nad taką pacjentką. Mamy gotowy wzór. Udało się go stworzyć w ICZMP. Polega na totalnym, jednoczasowym współdziałaniu pomiędzy specjalistami z dziedziny onkologii – konkretnie chirurga i onkologa klinicznego – a położnikami, perinatologami i neonatologami. W ICZMP pacjentka, która przechodzi na cykle chemioterapii, jest rutynowo poddawana ocenie położniczej. Chemioterapię rozpoczynamy dopiero, gdy po badaniu KTG dostaniemy od położników zielone światło. Z drugiej strony oceniane są przepływy pepowinowe za pomocą USG. Pozwalają odpowiedzieć na pytanie, czy pod wpływem chemioterapii nie doszło do zaburzeń krwi w łożysku, co mogłoby wpłynąć na rozwój płodu. Przed każdym cyklem chemioterapii możemy ocenić, czy stan płodu pozwala na kontynuację leczenia.

Optimalnie, gdy można to wszystko robić pod jednym dachem i jednoczasowo. W Polsce ośrodki onkologiczne nie są w tej samej lokalizacji co ośrodki położnicze. Potrafię sobie wyobrazić, co czuje mama, która jeździ od położnika do chemioterapeuty. Najpewniej sądzi, że nikt się nią do końca nie opiekuje. A w naszym Instytucie Boska Matka wie, kto jest jej położnikiem, kto jest jej neonatologiem, wie do kogo ma się zwrócić z jakimkolwiek kłopotem.

Czy ciężarna z nowotworem trafiająca do Matki Polki spędza w szpitalu resztę ciąży?



foto: archiwum prywatne

▲ Ewa Kalinka, dr hab. n. med., prof. ICZMP, kieruje Kliniką Onkologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Z końcem roku zostanie zakończony remont kliniki, która tworzy pierwsze w Polsce Centrum Leczenia Onkologicznego Kobiet Ciężarnych

Absolutnie nie. Opowiem, jak to wygląda na przykładzie innej pacjentki, która urodziła synka pod koniec wakacji. Trafiła do ICZMP pod opiekę położniczą, ponieważ podejrzewano u niej nieprawidłowy rozwój ciąży. W toku diagnostyki okazało się, że ma nieprawidłową zmianę guzową i została otoczona opieką przez onkologów. Równocześnie położnicy zapobiegali porodowi przedwczesnemu. Wszystko odbywało się w trakcie wizyt kontrolnych. Kiedy w końcu pacjentka została przyjęta na chemioterapię, zaczęła przedwcześnie rodzić. Położnicy przejęli ją „między oddziałami” na czas wlewu substancji, która wygasila poród przedwczesny, i pacjentka wróciła do nas. Dostała chemioterapię i następnego dnia wyszła do domu. Przez dwa tygodnie się nie widzieliśmy, aż urodził się mały łobuziak w dobrym stanie. Wydałiśmy zalecenia dla matki i dziecka. Bo mamy poddane chemioterapii muszą wiedzieć, że ich noworodki wymagają modyfikacji kalendarza szczepień. Przecież zostały poddane metodom mogącym obniżyć odporność, dlatego należy dostosować kalendarz szczepień do działań, które zostały podjęte. W tym wspomagają nas neonatolodzy.

Pani Aneta była przekonana, że będzie rodzić przez cesarskie

cięcie. Skończyło się porodem naturalnym.

Poród operacyjny jest wskazany tylko i wyłącznie w przypadku raka szyjki macicy i konieczności skrócenia ciąży. Natomiast poród niewynikający z lokalizacji choroby powinien odbyć się w sposób naturalny z tego powodu, że pacjentka dużo szybciej może wrócić do leczenia. Tymczasem cięcie cesarskie, choć wiele osób nazywa je zabiegiem, jest pełnowymiarową operacją w obrębie jamy brzusznej, która wiąże się z całą listą niekorzystnych zdarzeń, jakie mogą wystąpić u matki i u dziecka.

Reasumując: leczenie onkologiczne nie stanowi wskazania do cięcia cesarskiego.

Pani Aneta wygrała z rakiem, jej przyjaciółka – Ania nie miała tyle szczęścia. Jakie są rokowania Boskich Matek?

W przypadku raka piersi fakt, czy kobieta jest w ciąży, czy nie, nie ma znaczenia rokowniczego. Główne czynniki wynikają z zaawansowania choroby i jej podtypu. Dlatego nie można powiedzieć, że dwie kobiety, które mają w tym samym momencie ciąży tej samej wielkości guz, mają takie same szanse. Przecież podstawowych podtypów raka piersi mamy co najmniej cztery. I przyrównanie jednej grupy pacjentek do drugiej jest pomyśleniem pojęć. Bo obydwie chorują na raka piersi, ale pomimo identycznej nazwy to nie ta sama choroba. Obie choroby mogą inaczej wyglądać pod względem biologicznym i inaczej przebiegać. Dlatego trzeba zawsze w przypadku zachorowania na nowotwór, zwłaszcza w ciąży, wysłuchać wszystkich danych, stanowiących o prognozie danej pacjentki. Posiłkowanie się forami internetowymi może być przyczyną niepotrzebnych stresów dla pacjentek, ale również podejmowania niewłaściwych decyzji co do terapii. Dlatego zawsze zachęcam, by odbyć długą poważną rozmowę z zespołem leczącym. Pacjentkom radzę, by przed taką rozmową spisały wszystkie pytania, nawet te, które wydają się niemądre. To ważne, bo im bardziej pacjent rozumie proces terapii, z tym większą wiarą i spokojem poddaje się leczeniu. ●

Czy opłaca się być „bogiem”?

Lepiej być dobrym lekarzem niż udawanym „bogiem” i nie firmować tego, na co nie ma się wpływu, czyli wadliwego systemu.

Aż 29 proc. Polaków powyżej osiemnastego roku życia, czyli około dziewięciu milionów obywateli, twierdzi, że w organizacji i funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia najbardziej przeraża ich brak partnerskiego traktowania. W grupie ludzi z wykształceniem wyższym podobną deklarację złożyło aż 34 proc. badanych (panel badawczy Ariadna na zlecenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, przy liczbie respondentów równej 1054).

I co Państwo na to? Jeśli już was to wkurzyło, to warto bliżej przyjrzeć się temu zjawisku.

Po pierwsze: czy to jest o was? Czy padło słowo „lekarz”? Nie! Więc dlaczego od razu pomyśleliście, że to o lekarzach. Przecież tak samo nie-partnersko można potraktować człowieka przy rejestracji, pobieraniu krwi i w każdym innym miejscu tego systemu.

Ale skoro lekarz zawłaszczyl sobie całą kategorię, to niech się nie dziwi, że gdy system nie działa, w pierwszej kolejności patrzy się na lekarza. Jak w call center, gdzie zawsze obrywa ten, kto podnosi słuchawkę.

Czy zatem nie należy oddzielić leczenia od organizacji, wytłumaczyć, o czym są te dwie rzeczy? Jasno powiedzieć, że może jesteście takimi samymi ofiarami tego bałaganu jak pacjenci? Przyjęło się, że lekarz jest „bogiem”, a skoro „bóg” może wszystko, to niech ogarnie problemy ochrony zdrowia. Tymczasem ten „bóg” siedzi w gabinecie kolejną godzinę, przyjmując trzydziestego pacjenta, lub został sam na dyżurze z 70 chorymi. Albo dowiedział się właśnie, że jadą dwie karetki, a on jest jedynym internistą SOR.

Po drugie: przestańmy wreszcie tworzyć mit, że lekarze to monolit,

ANNA GOŁĘBICKA,
STRATEG KOMUNIKACJI



idealny jak kryształ w swojej strukturze. Otóż nie. Są lekarze świetni, partnerscy dla pacjenta, są genialne gbury, ale także i tacy,

Czas przestać udawać, że każdy, kto ma prawo wykonywania zawodu lekarza, jest w porządku. Bo – jak w każdym zawodzie – tak nie jest

którzy ze swojej pracy potrafili zrobić dobrze funkcjonującą fabrykę. Problem zaczyna się wtedy, gdy ta fabryka zaczyna działać na akord. Bo leczenie to nie akord. Jeśli w koszyczku jest zgniłe jabłko, to dobry gospodarz je wyrzuca, by nie narażać innych. Czas przestać udawać, że każdy, kto ma prawo wykonywania zawodu lekarza, jest w porządku. Bo – jak w każdym zawodzie – tak nie jest.

I po trzecie: czas dostrzec, że świat się zmienił. Wprawdzie pacjent nadal boi się wizyty, ale oczekuje już nie tylko recepty i instrukcji zażywania leków, ale wytłumaczenia diagnozy, informacji, jakie są następne kroki. Tak jak wyszłście ze starych

samochodów, tak trzeba wyjść z przekonania, że pacjent ma przestrzegać zaleceń. Oczekiwany przez pacjentów concordance polega na tym, że terapię lekarz i pacjent wybierają wspólnie. Dzięki takiemu podejściu lekarz zachowuje swoje godne miejsce, a pacjent ma pełny obraz sytuacji, która go dotyczy. I to jest właśnie to partnerstwo.

W tych samych badaniach 71 proc. respondentów, pytanych, co w aktualnej organizacji i funkcjonowaniu polskiego systemu ochrony zdrowia najbardziej ich przeraża, zaznaczyło długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, 56 proc. wskazało na oczekiwanie na badania diagnostyczne, a 55 proc. na wysokie ceny leków. Czy jeśli się długo czeka, to jest partnerstwo? No nie. Czy jeśli cena nie pozwala ci na wykupienie leku, to jest partnerstwo? No nie. Czy lekarz jest jedynym ogniwem systemu? No nie. Czy w ramach tego, co robi, może być partnerski? Tak. Czy będzie to z korzyścią dla pacjenta? Tak. Czy będzie to z korzyścią dla lekarza? Tak. Lepiej być dobrym lekarzem niż udawanym „bogiem” i nie firmować tego, na co wpływu się nie ma. ●

FELIETON

Szpital jak samolot

Czy boją się państwo latać? Ja, szczerze mówiąc, trochę tak. Bycie pasażerem Airbusa czy Boeinga to doświadczenie bezbronności, całkowitego oddania swojego zdrowia i życia w ręce obcych ludzi. Najbardziej odczuwam to podczas startu.

Gdy po zakończeniu kołowania kilkunastotonowy kolos pędzi z prędkością kilkuset kilometrów na godzinę po pasie startowym, nie zależy ode mnie zupełnie nic. Muszę siedzieć z zapiętymi pasami, złożonym stolikiem, trybem samolotowym w telefonie i odsłoniętym oknem i zaufać, że ludzie, którzy siedzą za sterami maszyny, wiedzą, co robią. Myślę wtedy – czy kapitan nie przeoczył może jakiejś dyskretnie migającej kontrolki sygnalizującej poważny problem? Czy mechanik dokonujący przeglądu samolotu się zagapił albo nie zagadał i nie zapomniał o dokręceniu jakiejś bardzo ważnej śrubki? Wystarczy obejrzeć kilka odcinków „Katastrof w przestworzach”, programu opowiadającego o wypadkach lotniczych, żeby wyobraźnia zaczęła pracować. Tak – szanowne koleżanki i szanowni koledzy – przeczytaliście dobrze. Pani doktor dyżurować w pogotowiu ratunkowym, owszem, mogła, ale odmawiała wykonywania intubacji dotchawiczej. Bo nie i już.

Uspokajam się wtedy, przypominając sobie, jak wyglądają procedury bezpieczeństwa w awiacji. Od siedmiu lat mam okazję obserwować to z bliska, bo jednym z moich miejsc pracy jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Dowiedziałem się tam, jak bardzo cały ruch powietrzny oparty jest na procedurach i listach kontrolnych. Nie ma w nim miejsca na ułańską fantazję czy wolnoamerykanekę. Jest rutyna. Zanim zespół LPR rozpocznie dyżur, pilot dokonuje przeglądu stanu śmigłowca. Codziennie rano w dwudziestu trzech bazach w Polsce dwudziestu trzech ludzi według tego samego schematu sprawdza po kolei te

JAKUB SIECZKO
ANESTEZJOLOG



same rzeczy. Śmigłowce każdego dnia odrywają się łącznie od ziemi ponad sto razy (misja ratunkowa to zwykle trzy starty i lądowania). Ponad sto razy dziennie w dwudziestu trzech dyżurujących śmigłowcach piloci dyżurni powtarzają na głos te same elementy kontroli przed

Sproceduralizowane bezpieczeństwo bywa nużące. Ale działa. Marzy mi się świat, w którym poważnych błędów medycznych zdarza się tak mało jak katastrof lotniczych. Żeby to się wydarzyło, musielibyśmy trochę się ponudzić

startem. Znam kolejność tych słów na pamięć – słucham ich bowiem od lat: „Ostrzeżenia, przestrogi, silniki na flight...”. Nuda, rutyna, powtarzalność. Jeśli okazuje się, że na którymś etapie sprawdzenia przed startem pojawia się problem – śmigłowiec nie może oderwać się od ziemi, pilot nie ma przestrzeni do tego, żeby podejmować nieuprawnione ryzyko. Jest problem – nie startujesz. Nie ma zmiłuj.

To działa. Samoloty są dziś bardzo bezpiecznymi środkami komunikacji, a ich poważne wypadki zdarzają się skrajnie rzadko. Świadomość, że istnieją czeklisty, które minimalizują ryzyko poważnego błędu w lotnictwie, działa na mnie – i pewnie na miliony innych pasażerów linii lotniczych – kojąco.

Szpital jest jak samolot, pacjenci są jak pasażerowie, my – pracownicy medyczni – jesteśmy jak załoga lotnicza. Chorzy trafiają do nas – obcych sobie ludzi – i oddają w nasze ręce to, co mają najcenniejszego – swoje zdrowie i życie. To warzysz się im te same obawy („Czy lekarz, który będzie mnie operował, na pewno zna się na robocie? Czy jest wyspany? Czy nie przeoczy czegoś istotnego?”) i te same nadzieje („Przecież większość operacji przebiega bez żadnego kłopotu”). W samolocie pasażerskim człowiek jest jednak dużo bezpieczniejszy niż w szpitalu. Są na to twarde dane, oczywiście amerykańskie – wielokrotnie więcej osób umiera co roku z powodu błędów medycznych niż wskutek katastrof lotniczych.

Medycyna nie jest tak sproceduralizowana jak lotnictwo. Oczywiście – mamy wytyczne, schematy leczenia, procedury wewnętrzne,

nawet checklisty (np. okołoooperacyjną kartę kontrolną). Nie stosujemy ich jednak – powiedzmy to szczerze – równie zapalczywie jak piloci swoich. Niektórzy twierdzą nawet, że używanie takich dokumentów dobremu medykowi nie przystoi. Ze wszystko trzeba mieć w głowie, a nie na kartce, a poza tym niezwykle istotnym przymiotem dobrego doktora jest „intuicja”, „lekarzski nos”.

Dla pasażera samolotu i dla pacjenta trafiającego do szpitala stawka jest dokładnie taka sama – własne zdrowie i życie. Z pilotami i lekarzami jest inaczej. Gdy pilot popełni błąd i kierowana przez niego maszyna runie na ziemię – zginie razem ze wszystkimi pozostałymi. Błąd lekarski nie ma takiej stawki dla osoby, która ten błąd popełnia. Lekarze i lekarki nie umierają razem z chorymi, których nieprawidłowo diagnozowali czy źle leczyli. Właśnie ta różnica – brak lęku o własne zdrowie czy życie – sprawia, że nie mamy w medycynie takiej kultury unikania błędów jak w lotnictwie.

Procedury, listy kontrolne, właśnie cała ta nuda i powtarzalność ratują życie – w 2012 r. opisał to Atul

Gawande – amerykański chirurg i autor popularnonaukowych książek przybliżających niemedykom arkana naszego świata. Książka,

Brak lęku o własne życie czy zdrowie sprawia, że nie mamy w medycynie takiej kultury unikania błędów jak w lotnictwie

o której mowa, nazywa się „Potęga checklisty”. Polecam ją państwu, przytaczając jednocześnie, co pisze o niej wydawca: „Co mają ze sobą wspólnego nieudane zabiegi chirurgiczne z katastrofami lotniczymi, chaosem następującym podczas huraganu oraz wściekłym klientem w restauracji? Wbrew pozorom całkiem sporo. Wszystkiego można by uniknąć, posługując się checklistą, czyli listą kontrolną – spisem czynności kluczowych dla danego działania, których pominięcie lub złe wykonanie grozi niepowodzeniem”.

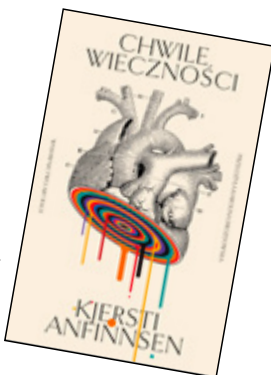
Do zawsze zbyt długiej listy problemów, które trapią polski (ale nie tylko) świat medyczny dodałbym kolejny – zbyt mało procedur. Jakże to – oburzy się czytelnik – każdy podmiot medyczny generuje je na potęgę, a ściany w pokojach lekarskich są przyozdobione arkuszami zaleceń rozmaitych dykcji, towarzystw naukowych, schematami leczenia? Moje obserwacje z trzydziestoletniej praktyki zawodowej są jednak takie, że ogromna większość tych procedur jest martwa. Nie mamy kultury zaufania do nudnych, powtarzalnych schematów. A wynikająca z rutyny nuda ratuje życie pacjentom, a lekarzy i lekarki chroni przed kłopotami, choćby tymi natury prawnej. Sproceduralizowane bezpieczeństwo bywa nużące, nawet frustrujące. Ale działa. Marzy mi się świat, w którym poważnych błędów medycznych zdarza się tak mikroskopijnie mało jak katastrof lotniczych. Żeby to się wydarzyło, musielibyśmy jednak trochę się ponudzić.

Napisz do autora:
sieczko.gazetalekarska@gmail.com

Gazeta Lekarska poleca

Chwile wieczności Kjersti Anfinnsen

Birgitte, kardiochirurgka, która na pierwszym miejscu stawiała swoją pracę, bezkompromisowo rozlicza się z życiem w późnej starości. To słodko-gorzka opowieść o samotności, bezradności, celu dalszego trwania, o długich chwilach ciszy i momentach, w których coś się dzieje. Nie jest to jednak smutna refleksja o bezdusznym przemijaniu. Kobieta o perypetiach dnia codziennego opowiada z humorem i dystansem do siebie, a z jej codziennych obserwacji wypływa ponadczasowa mądrość. Autorką książki jest norweska lekarka dentystka.



Blizny. Wojenne traumy i medycyna Henryk Dudek, Andrzej Chodacki

Wojna zostawia przerażające blizny. Takie, które widać gołym okiem, ale też schowane w głębi umysłu. Jak w przypadku dziewczynki, której wybuch miny oszpecił twarz, albo chłopca postrzelonego za rzekomą kradzież chleba. Bohaterzy „Blizn” to pacjenci Henryka Dudka, który spisał pozostające w nich ślady wojny, a Andrzej Chodacki stworzył z nich przejmujące beletrystyczne opowieści. Historie przypominające, że trauma przeszłości zostaje w nas na zawsze.



PAWEŁ DOCZEKAŁSKI
REDAKTOR NACZELNY

**UCHWAŁA NR 28/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.**

w sprawie przyjęcia informacji o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2022 r.

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

§ 1.

Przyjmuje się informację o działalności samorządu lekarzy i lekarzy dentystów w 2022 r., stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 29/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.**

w sprawie upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia działań w celu utworzenia Internetowego portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich

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

§ 1.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego do podjęcia działań w celu utworzenia Internetowego portalu prawomocnych orzeczeń sądów lekarskich, w tym:

- wyłonienia wykonawcy portalu oraz
- opracowania procedury prowadzenia portalu, określającej zasady publikacji oraz tryb przeprowadzania anonimizacji orzeczeń.

§ 2.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasza Jankowskiego i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej Grzegorza Mazura do zawarcia umów w celu zrealizowania zadania określonego w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 30/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 1 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 4/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się pkt 17 w brzmieniu:

„17) Zespół ds. naruszeń w ochronie zdrowia”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 31/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.**

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

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r.

poz. 1342) oraz § 2 ust. 1 załącznika do uchwały nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz § 4 ust. 2 Zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania, stanowiących załącznik do uchwały Nr 18/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 września 2016 r. w sprawie zasad i trybu powoływania komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej oraz regulaminu ich działania uchwala się, co następuje:

§ 1.

W § 1 uchwały Nr 5/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 3 czerwca 2022 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji i zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej dodaje się pkt 16 w brzmieniu: „16) Zespół ds. naruszeń w ochronie zdrowia – Piotr Pisula”

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Grzegorz Wrona

PREZES
Łukasz Jankowski

**UCHWAŁA NR 33/23/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.**

zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia Medalu im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” i ustalenia regulaminu jego przyznawania

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

§ 1.

W uchwale nr 12/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 23 czerwca 2017 r. w sprawie ustanowienia Medalu im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” i ustalenia regulaminu jego przyznawania załącznik nr 1 – regulamin nadawania Medalu

im. Dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni” otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 32/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 5 i 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) i § 6 ust. 3 Regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 14 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Lekarskiej (t.j. stanowiący załącznik do Obwieszczenia Nr 1/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 maja 2022 r.), uchwała się, co następuje:

§ 1.

W § 4 uchwały Nr 45/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie zadań komisji oraz zespołów Naczelnej Rady Lekarskiej, dodaje się pkt 14 w brzmieniu:

Do zadań Zespołu ds. naruszeń w ochronie zdrowia należy:

- aktywne wyszukiwanie, zbieranie informacji i zawiadomianie odpowiednich organów izb lekarskich na temat nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia;
- weryfikowanie i analizowanie zbieranych informacji;
- badanie przypadków naruszeń praw lekarzy i praw pacjentów ze szczególnym uwzględnieniem łamania prawa pracy, standardów medycznych i rażących naruszeń w zakresie form leczenia i postępowania oraz podejmowanie stosownych działań;
- realizowanie celów zespołu przy pomocy biura Naczelnej Izby Lekarskiej;
- wyszukiwanie i przekazywanie do rzeczników odpowiedzialności zawodowej informacji o przypadkach lekarzy prowadzących i promujących działalność niezgodną z aktualną wiedzą medyczną oraz Kodeksem Etyki Lekarskiej;
- przyjmowanie zgłoszeń dotyczących naruszeń z okręgowych izb lekarskich.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 34/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.

w sprawie przyjęcia zmodernizowanego logo Naczelnej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 13 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się logo, którego wzór oraz specyfikacja techniczna zawarte są w Księdze Znaku, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Logo jest elementem identyfikacji wizualnej Naczelnej Izby Lekarskiej, które staje się wizytówką i będzie używany do celów promocyjnych Naczelnej Izby Lekarskiej, w szczególności w materiałach informacyjnych i promocyjnych, których wydawcą lub wspierającym jest Naczelna Izba Lekarska oraz do oznakowania przedsięwzięć organizowanych, współorganizowanych lub współfinansowanych przez Naczelną Izbę Lekarską. Zasady korzystania z logo określa „Regulamin korzystania z logo Naczelnej Izby Lekarskiej”, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3.

Upoważnia się Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia niezbędnych czynności do zarejestrowania logo jako znaku towarowego w Urzędzie Patentowym.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

UCHWAŁA NR 35/23/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 25 SIERPNIA 2023 R.

zmieniająca uchwałę w sprawie zasad i trybu przekazywania przez okręgowe izby lekarskie części

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

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 5 i art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 poz. 1342), Naczelna Rada Lekarska uchwała, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 15/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie zasad i trybu przekazywania przez okręgowe izby lekarskie części składki członkowskiej na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej oraz zmiany uchwały nr 44/03/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy, zmienionej uchwałą nr 3/23/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 stycznia 2023 r. wprowadza się następujące zmiany:

- w § 7 w ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W terminie do 20 dni po upływie miesiąca kalendarzowego okręgowa izba lekarska przesyła do Naczelnej Izby Lekarskiej – generowany za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez Naczelną Izbę Lekarską - miesięczny raport z programu FINN NIL moduł „Składki II” zawierający informacje o:

- 1) łącznej kwocie bieżących składek wpłaconych w danym miesiącu kalendarzowym oraz kwocie składek należnych w danym miesiącu kalendarzowym;
- 2) łącznej kwocie składek wpłaconych z wyprzedzeniem w danym miesiącu kalendarzowym;
- 3) łącznej kwocie zaległych składek wpłaconych w danym miesiącu kalendarzowym należnym za okres od dnia 1 lipca 2014 r.”

- załącznik nr 2 otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Grzegorz Wrona Łukasz Jankowski

PRAKTYKA LEKARSKA – KONFERENCJE

W cieniu wyborów

MARIUSZ TOMCZAK
DZIENNIKARZ

5 tys. uczestników z kilku kontynentów i prawie 500 debat, w tym o ochronie zdrowia – tak można podsumować tegoroczne Forum Ekonomiczne w Karpaczu.

Wyniki wyborów parlamentarnych zaplanowanych na 15 października 2023 r. z pewnością wpłyną na ochronę zdrowia i codzienną pracę lekarzy, bo to politycy ustalają najważniejsze reguły gry w państwie. Jednak nie tylko na ten temat rozmawiano podczas XXXII Forum Ekonomicznego w Karpaczu, które odbyło się w dniach 5-7 września pod hasłem „Nowe wartości Starego Kontynentu – Europa u progu zmian”. Jego integralną częścią było Forum Ochrony Zdrowia.

Jedną z ciekawych debat została poświęcona priorytetom, które powinny trafić na sztandary prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej w 2025 r. Prof. Piotr Czauderna, przewodniczący Rady do spraw Ochrony Zdrowia prezydenckiej Narodowej Rady Rozwoju, ocenił, że mogłyby nimi stać się kwestie związane z onkologią, profilaktyką, chorobami rzadkimi i seniorami.

Z lekarskiego punktu widzenia to tematy niesłychanie ważne, ale nie wiadomo, czy będą podnoszone w trakcie naszej prezydencji. Pewne jest za to, że stanowi ona niepowtarzalną okazję do promocji najważniejszych spraw bezpośrednio dotyczących obywateli, więc zdrowie nie powinno zostać pominięte.

NIEDOCENIANA ROLA SEKTORA PRYWATNEGO

W czasie Forum Ekonomicznego sporo uwagi poświęcono poprawie koordynacji działań podejmowanych przez instytucje centralne i samorządowe z podmiotami prywatnymi. – Wielosektorowa współpraca służy skuteczniejszemu podejmowaniu działań dla dobra całego społeczeństwa – podkreślił wiceminister zdrowia Waldemar Kraska.

Uczestnicy debat mówili o rosnącym znaczeniu sektora prywatnego. Z abonamentów medycznych korzysta już kilka

milionów polskich pacjentów, co – jak wskazywali – odciąża system publiczny. – Prywatne podmioty to istotny element systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w części ambulatoryjnej, w której stanowią ponad 90 proc. całkowitej liczby świadczeniodawców – mówił prezes Pracodawców Medycyny Prywatnej Andrzej Mądrala. W jego opinii wiele niedomagań dotyczy zarówno placówek prywatnych, jak i publicznych, podobnie jak brak kadr medycznych.

JUŻ 35 UCZELNI KSZTAŁCI PRZYSZŁYCH LEKARZY

Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie prof. Wojciech Załuska powołał się na prognozę Światowej Organizacji Zdrowia, zgodnie z którą na świecie brakuje ponad 10 mln pracowników medycznych, a w 2030 r. liczba ta wzrośnie do 15 mln. Aby przynajmniej częściowo temu zapobiec, warto uprościć pracę personelu medycznego i administracyjnego. –

W Karpaczu pojawił się były minister zdrowia Adam Niedzielski, nie wziął jednak udziału w dyskusjach związanych z ochroną zdrowia

w których kierunek lekarski został niedawno uruchomiony lub wkrótce do tego dojdzie (od dawna krytykuje to samorząd lekarski, wielu ekspertów i pacjentów). Opinie te mocno kontrastowały z wypowiedziami podczas oficjalnych dyskusji na ten temat, które zdominowali zwolennicy poszerzania oferty edukacyjnej dla osób marzących o zawodzie lekarza. Są oni przekonani, że to odpowiedź na wyzwania współczesnego świata.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Bromber z dumą mówił o zmianach wprowadzonych przez obóz władzy. – Jeszcze kilka lat temu w Polsce na kierunku lekarskim przyszłych lekarzy kształciło jedynie 15 uczelni, a dziś to 35 podmiotów – powiedział wiceminister, dodając, że dla resortu kluczowe znaczenie ma zwiększanie liczby uczelni przy jednoczesnym utrzymaniu jakości kształcenia takich placówek. – Bardzo tego pilnujemy – zapewnił. Dodał, że w związku z problemami z dostaniem się do specjalistów rośnie liczba rezydentur – obecnie jest ponad 6,2 tys. miejsc rezydenckich, tj. o ponad 2 tys. więcej niż w roku ubiegłym.

INFLUENCERZY I WAPOWANIE

W trakcie trzydniowych obrad nie zabrakło tematyki zdrowia publicznego. Dyskutowano m.in. o modzie na „wapowanie”, czyli palenie e-papierosów. Zdaniem prof. Jarosława Pinkasa, dyrektora Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, używanie papierosów elektronicznych jest relatywizowane zarówno przez dorosłych, jak i dzieci z powodu powstawania „niewinnej” chmury pary w postaci aerozolu.

Nowe technologie mogą pozwolić na ograniczenie o jedną trzecią wymiaru pracy lekarzy. Chodzi o wykonywanie czynności, których nie powinni robić, bo nie są bezpośrednio związane z leczeniem pacjentów – powiedział rektor.

W kulisach wyrażano obawy wobec uczelni dotychczas niemających wiele wspólnego z medycyną,

– Przychodzą dzieci do domu i mówią do rodziców: „Zobaczcie, jaki to przyjemny zapach, brzoskwinia, pomarańczka”. Nic bardziej błędnego – wskazywał prof. Pinkas. Jedni i drudzy często nie są świadomi groźnych następstw zdrowotnych, a sytuację pogarsza fakt, że do korzystania z e-papierosów zachęcają influencerzy będący prawdziwymi autorytetami dla nastolatków. – To, co dzieje się na Tik Toku czy Instagramie, jest bardziej istotne, niż to, co mówi lekarz, pielęgniarka i rodzice – dodał z goryczą.

PRZYGNIECIONY PACJENT Z NOWOTWOREM

Wiceprezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Olga Rostkowska przypomniała, że w systemie nofault nie chodzi o szukanie winnych, lecz o naukę i zapobieganie pomyłkom w przyszłości. Jednak w tym roku na ten temat spierano się znacznie mniej niż przed rokiem, gdy jeszcze ważyły się losy ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (niedawno regulacja weszła w życie, ale bez klauzuli *no fault*).

Znacznie więcej uwagi poświęcono onkologii. Być może dlatego, że nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce (ponad 100 tys. rocznie). To istotny problem zarówno u seniorów, jak i osób w młodym i średnim wieku – u mężczyzn najczęściej występuje rak gruczołu krokowego, a u kobiet najczęściej nowotwór jest umiejscowiony w piersi, płucach i jelicie grubym.

– Jeżeli pacjent wybiera się do poradni onkologicznej, warto, by poszedł tam z kimś bliskim: żoną, mężem, bratem, siostrą, córką czy synem, ponieważ diagnoza potrafi zwalić z nóg. Pacjent jest przygnieciony tą wiadomością i nie do końca pamięta, jakie były dokładne zalecenia lekarza, co powoduje, że proces leczenia

► Rzecznik
NIL Jakub
Kosikowski
(czwarty
od lewej)
podczas jed-
nej z debat
dotyczących
ochrony
zdrowia

Źródło: twitter.com/naczelna



się opóźnia – powiedział Jakub Kosikowski, rzecznik prasowy Naczelnej Izby Lekarskiej, a jednocześnie lekarz rezydent onkologii klinicznej.

MINISTER POSYPAŁ GŁOWĘ POPIŁEM

W Karpaczu doszło do spotkania przedstawicieli resortu zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia z dyrektorami szpitali powiatowych. Tematem rozmów była sytuacja finansowa – zapłaty za nadwykonania w świadczeniach nielimitowanych, rosnące koszty w obliczu zbliżającego się sezonu grzewczego czy wynagrodzenia pielęgniarek, które domagają się wypłat zgodnie z posiadanymi, a nie tylko wymaganymi kompetencjami. W związku z tym, że część z nich zaczyna wygrywać w sądach, szefowie szpitali obawiają się fali roszczeń.

Mimo że rozmowy odbyły się za zamkniętymi drzwiami, wiadomo, że na sfinansowanie nadwykonań

w świadczeniach nielimitowanych trafią dodatkowe 3 mld zł. To kropla w morze potrzeb. – W tej sprawie panuje różnica zdań. Naszym stałym postulatem jest urealnienie wycen – powiedział Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych, jeden z uczestników spotkania.

W Karpaczu pojawił się były minister zdrowia Adam Niedzielski, który kilka tygodni wcześniej – po tym, gdy ujawnił dane recepty wypisanej przez jednego z wielkopolskich lekarzy – podał się do dymisji i nie trafił na listy wyborcze. Nie wziął udziału w dyskusjach związanych z ochroną zdrowia. Na miejscu uniikał dziennikarzy, ale zrobił wyjątek, udzielając wywiadu jednemu z tabloidów. Na pytanie, czy jest coś, czego żałuje, przyznał, że kulała komunikacja. – Dialog ze środowiskiem lekarskim nie przebiegał idealnie – stwierdził. ●

Ośrodek ds. Opiniowania Sądowo-Lekarskiego i Orzecznictwa NIL oraz Centralny Ośrodek Badań,
Innowacji i Kształcenia NIL zapraszają na:

Szkolenie dla kandydatów dla biegłych i biegłych sądowych

termin: 3 – 4 listopada oraz 17-18 listopada (szkolenie 4-dniowe)

- Szkolenie w formie online
- Zapisy przez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie www.nil.org.pl w zakładce „kursy i szkolenia”
- Lekarze otrzymują 17 punktów edukacyjnych potwierdzonych certyfikatem
- Udział jest bezpłatny

PRAKTYKA LEKARSKA

Zmiany w kardiologii są nieuniknione

LUCYNA KRYSIAK
DZIENNIKARKA

W Polsce nie liczy się tzw. odległych korzyści zdrowotnych dla systemu. Politycy starają się zamknąć wydatki na zdrowie w budżecie rocznym, a przecież nie wszystko da się tak policzyć – mówi prof. Robert Gil, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Jaka jest obecnie kondycja polskiej kardiologii?

Porównując się z innymi specjalnościami, teoretyczne powinniśmy być zadowoleni. O kardiologii w dalszym ciągu się mówi, że mądrze zarządzana nie musi być deficytowa, choć już nie jest tak dochodowa, jak w czasach, kiedy notowano dynamiczny rozwój np. pracowni hemodynamicznych. Ratuje nas procedury elektrofizjologiczne. Obserwujemy jednak wyraźny spadek zainteresowania decydentów wdrażaniem nowych technologii i opieszałość w upowszechnianiu ich na szerszą skalę, przez co dostępność pacjentów do innowacyjnych procedur jest ograniczona. Wśród zarządzających ochroną zdrowia dominuje pogląd, że w ramach wyrównania poziomów leczenia trzeba inwestować w inne specjalności, które radzą sobie gorzej niż kardiologia. To prawda, że poprawiła się dostępność np. do fioletów, leków które wpływają pozytywnie na „wydolność serca”, a do niedawna były zarezerwowane dla chorych na cukrzycę typu 2, i innych nowoczesnych leków np. hipolipemizujących, ale wciąż w zbyt ograniczonym zakresie. Jest już także możliwość indywidualnego rozliczania z NFZ procedur dotyczących najnowszych technologii, a więc nie można powiedzieć, że kardiologia jest od nich odcinana, ale finanse na to płyną wąską stróżką zamiast szerokim strumieniem.

W kardiologii podobnie jak w chirurgii czy onkologii mamy do czynienia z przecięzzeniami, wypaleniem zawodowym, deficytem kadr?

Jest nas ponad 4 tys., ale też zapotrzebowanie na opiekę kardiologiczną rośnie, ponieważ choroby sercowo-naczyniowe wciąż dominują i są główną przyczyną zgonów Polaków. Starsze pokolenie specjalistów w tej dziedzinie jest już bardzo blisko wieku emerytalnego i gdy odejdzie z pracy, możemy mieć kryzys kadrowy. To prawda, pojawiają się symptomy wypalenia zawodowego, szczególnie wśród najbardziej doświadczonych części. Obserwujemy również spadek entuzjazmu do podejmowania nowych wyzwań, a wśród młodych lekarzy nie widać takiej pasji, która towarzyszyła wcześniejszym pokoleniom. Coraz trudniej także pracować w zespołach obsługujących duże jednostki lecznicze. Relacje międzyludzkie są bardziej skomplikowane niż kiedyś.

Jak wypada polski pacjent na tle innych krajów, jeśli chodzi o zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia?

Był taki moment, nie tylko w Polsce, gdy wskutek działań głównie kardiologii interwencyjnej oraz dzięki postępom w leczeniu zachowawczym nastąpiło

wydłużenie życia pacjenta kardiologicznego. Uwierzono wtedy, że ten trend się utrzyma. Przestano więc inwestować w te dziedziny. Obecnie potrzebujemy leków nowych generacji, które uderzają w zupełnie inne punkty, chodzi o podstawy patofizjologiczne poszczególnych chorób, co wiąże się często z technologiami biomedycznymi, żeby nie powiedzieć genetycznymi. Z nowym podejściem łączy się diagnostyka, która idzie w kierunku mniej inwazyjnym. Jednak najnowocześniejsze tomografy komputerowe, które będą coraz szerzej zastępować koronarografię czy rezonansy magnetyczne, kosztują. Do tego dochodzi coraz bardziej zaawansowana diagnostyka genetyczna, która także kosztuje. Brak zasilań finansowego kardiologii przez ostatnie 10 lat sprawił, że Polska zaczęła odstawać od Europy.

Czy to się przekłada na statystyki dotyczące umieralności?

Jak najbardziej. W Polsce średnia życia wynosi 78-79 lat. Ogromna dysproporcja występuje pomiędzy mężczyznami i kobietami. U mężczyzn średnia wynosi niewiele ponad 76 lat, a u kobiet 82 lata. Takie różnice w krajach Europy Zachodniej nie występują (!). Średnia życia wynosi tam ponad 80 lat. Mamy więc rezerwy, ale by je uruchomić,

potrzeba pieniędzy i zmiany sposobu myślenia o kardiologii. Nie chodzi już o to, by wyłącznie stawiać na zabiegi naprawcze. Chodzi o to, by zadziałać prewencyjne, gdy mamy do czynienia z pierwszymi klinicznymi objawami np. niewydolności serca, bo pewnych stanów nie da się cofnąć. Tu należy upatrywać rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Liczymy na to, że kierunek, który wzmacnia POZ poprzez koordynowaną opiekę, będzie pierwszym krokiem, by te cele osiągnąć. Lekarz POZ nie może ograniczać się do wypisywania skierowań do specjalistów i recept na zaordynowane przez nich leki. Piramida diagnostyczna nie może się opierać tylko na szpitalach, musi wywędrować bliżej chorego i jego opieki ambulatoryjnej.

Czyli zmiana strategii?

Jak najbardziej. Dysponujemy sprawnie funkcjonującym systemem kardiologii interwencyjnej, z dobrym wyposażeniem w sprzęt, gdzie pracują dobrze wyszkoleni specjaliści. Ośrodków jest na tyle dużo, że nie trzeba wozić dziesiątki kilometrów pacjenta np. z zawałem serca. Jednak już wiemy, że nie możemy się ograniczać do działań w ostrej fazie choroby, ale reagować wcześniej, bo śmiertelność poszpitalna jest wciąż zbyt wysoka w stosunku do Zachodu. Istotnie ograniczyło ją wprowadzenie programu KOS-Zawał opracowanego m.in. przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przy wsparciu przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i Ministerstwa Zdrowia. Program ten pokazał, że pacjent wspomagany przez dietetyka, psychologa oraz częstszymi wizytami u kardiologa żyje dłużej. Szkoda, że nie wszyscy chorzy mogą z niego skorzystać.

Programów było więcej. Jaki los je czeka w chwili, gdy wchodzi Krajowa Sieć Kardiologiczna?

Hasło Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK) budzi we mnie mieszane uczucia. Istnieje i powinien funkcjonować Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, którego jednym z elementów miała być właśnie KSK. Jak dowiódł pilotaż na Mazowszu, sieć będzie zabezpieczać tylko część potrzeb, nie będzie zabezpieczać prewencji, środków na innowacje, szkolenia lekarzy, nowe technologie. Kontrowersje budzi także



foto: archiwum prywatne

strona administracyjna programu. Największym beneficjentem środków będą ośrodki referencyjne dla danego województwa, zajmujące się wykonywaniem

Brak zasilania finansowego kardiologii przez ostatnie 10 lat sprawił, że Polska zaczęła odstawać od Europy

procedur wysokospecjalistycznych określonych przez KSK, a codzienne zajmowanie się chorym przed nimi i po nich będzie finansowane na dotychczasowym poziomie. Co więcej, pacjenci po przeprowadzonych procedurach specjalistycznych w ramach KSK będą musieli być dalej leczeni w swoich ośrodkach macierzystych o niższej referencyjności. Nie wierzę, że przy tej samej liczbie łóżek, dysponując tymi samymi kadrami, dojdzie do poprawy sytuacji w kardiologii. Krótko mówiąc, szybko tzw. długu kardiologicznego nie spłacimy.

Czyli walka o nowe oblicze kardiologii toczy się na wielu frontach?

Obecnie walczymy o modyfikację programu lekowego B.101,

skierowanego na leczenie u chorych z rodzinną hipercholesterolemią oraz pacjentów dużego ryzyka sercowo-naczyniowego, głównie po zawałach serca. Czujemy pozytywne nastawienie w tej kwestii, ale gdy dochodzi do podjęcia decyzji, to ich brakuje...

Polskie Towarzystwo Kardiologiczne ściśle współpracuje z Europejskim Towarzystwem Kardiologicznym (ETK).

Nie ma nic prostszego, jak przełożyć na rodzimy grunt zalecenia tak prestiżowego towarzystwa naukowego, jakim jest ETK, ale w praktyce wygląda to inaczej. Jesteśmy krajem, który ma znacznie niższe nakłady na ochronę zdrowia niż inne kraje europejskie, i wytyczne te muszą być dostosowane do naszych warunków i możliwości finansowych. Nieraz trzeba pójść na kompromis, co oznacza np. zredukowanie dostępu do nowych leków po to, aby jak twierdzą decydenci, „nie wyrzucić systemu”. Najnowsze wyniki badań i rekomendacje ETK są jednak dla nas pomocą w rozmowach z decydentami. Problemem Polski jest to, że nie liczy się tzw. odległych korzyści zdrowotnych dla systemu. Nasi politycy starają się zamknąć wydatki na zdrowie w budżecie rocznym, a przecież nie wszystko da się tak policzyć, zresztą nie tylko w kardiologii. Są różne miary do różnych specjalności i płatnik tego nie uwzględnia. Jego sposób myślenia jest taki – kup więcej tańszego leku, to więcej osób skorzysta z leczenia. I w przypadku leczenia farmakologicznego to nawet ma sens, zwłaszcza jeśli nie dotyczy leków innowacyjnych. Jednak w przypadku urządzeń niezbędnych do przeprowadzania interwencji zabiegowych to się nie sprawdza. Skuteczna, dobra medycyna kosztuje i ta skuteczność często nie jest policzalna w tak krótkim czasie, jakim jest rok.

Pacjent kardiologiczny to także pacjent diabetologiczny, onkologiczny, nefrologiczny. Co zmienia wielochorobowość w podejściu kardiologii do leczenia takich chorych? Bardzo dużo, są już nawet wytyczne dotyczące kardioonkologii

przedstawione na Europejskim Kongresie Kardiologicznym, które uwzględniają tzw. styczne ze sobą specjalności. Nie można rozdzielić pacjenta leczonego onkologicznie, np. z niedomogą mięśnia sercowego pierwotnie spowodowaną problemami kardiologicznymi, od wtórnie wywołanej m.in. przez leki onkologiczne. Nie ma wielu badań randomizowanych na ten temat, wiedza czerpana jest więc z doświadczeń lekarzy różnych ośrodków, ale opracowuje się coraz więcej standardów, do których możemy się stosować, przez co jesteśmy bardziej skuteczni i ekonomiczni w swoim postępowaniu. To wymaga jednak nowego podejścia, a nawet zmian w systemie kształcenia. Oczywiście jest, że lekarz najlepiej się czuje we własnej specjalności i taka kardiodiabetologia czy kardionefrologia jest dla niego wyzwaniem. Jednak to jest nowa jakość, co na XXVII Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, który odbył się 28-30 września br. w Poznaniu, wyraźnie wybrzmiało. To znak, że od tego wielospecjalistycznego spojrzenia w kardiologii nie ma już odwrotu. To, co teraz powiem, może być niepopularne, ale z doświadczenia wiem, że lekarze, którzy zanim stali się kardiologami, uzyskali specjalizację z chorób wewnętrznych, patrzą na pacjenta szerzej.

Za współpracą kardiologów z lekarzami innych specjalności powinien iść sprawny przepływ informacji o pacjencie.

Niestety, w Polsce taki system praktycznie nie istnieje, a okaże się niezbędny, jeśli do POZ wejdzie opieka koordynowana. Koordynator dysponujący dodatkowym budżetem na diagnostykę czy konsultacje specjalistyczne będzie musiał mieć dostęp do kompletnych danych chorobowych pacjenta, gdyż zostanie rozliczony z powierzonego mu budżetu. Obecnie lekarz POZ nie może ściągnąć danych pacjenta ze szpitala, ponieważ taki elektroniczny system nie istnieje, uniemożliwiając to także zabezpieczenia RODO.

Co dla Pana jako nowo wybranego prezesa PTK będzie priorytetem w tej kadencji?

Nie wycofam się z żadnej zadeklarowanej propozycji, które składałem, kandydując na prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Chciałbym pozyskać sojuszników do swoich działań zarówno w osobie ustępującego prezesa PTK, jak i nowego prezesa elekta. Na pewno priorytetem będzie dążenie do tego, aby PTK stało się najwyższej rangi partnerem w rozmowach i konsultacjach

dotyczących zmian systemowych w obszarze diagnozowania i leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Temu ma służyć również powołanie przy naszym towarzystwie biura eksperckiego, w którego skład będą wchodzić osoby umiające liczyć, analizować, wyznaczać nowe trendy.

Musimy się także przygotować na zmiany w diagnostyce kardiologicznej polegające na wprowadzaniu aparatury, którą obecnie dysponuje radiologia. Za punkt honoru przyjąłem także przygotowanie Narodowego Programu Leczenia Pacjentów ze Wstrząsem Kardiogenym i po nagłym zatrzymaniu krążenia, wśród których notuje się bardzo wysoką śmiertelność. Zrobię też wszystko, aby zabezpieczyć przyszłość finansową naszego Towarzystwa. Uważam, że największe towarzystwo naukowe w Polsce nie powinno utrzymywać się z tzw. datków sponsorów i środków pozyskanych z reklam oraz wystaw urządzanych podczas konferencji. Trzeba szukać środków w innych obszarach działalności, zapewniając tym samym niezależność finansową. To da nam też możliwość wysyłania kardiologów na stypendia zagraniczne i finansowania własnych badań klinicznych. ●

Komunikat w sprawie Odznaczenia Meritus Pro Medicis

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Zapraszamy do zgłaszania kandydatur osób, które w sposób szczególny zasłużyły się dla samorządu lekarzy i lekarzy dentyków oraz w Państwa ocenie zasługują na Odznaczenie *Meritus Pro Medicis*.

2 czerwca 2023 r. na podstawie uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 22/23/P-IX dokonana została nowelizacja Regulaminu nadawania Odznaczenia *Meritus Pro Medicis*.

Zgodnie z nowym brzmieniem § 4 ust. 2 Regulaminu wniosków o nadanie Odznaczenia może złożyć co najmniej 5 osób spośród członków Naczelnej Rady

Lekarskiej, członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członków Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcy, członków Krajowej Komisji Wyborczej.

Wzór wniosku o przyznanie Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* można pobrać na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej poświęconej działalności Kapituły Odznaczenia *Meritus Pro Medicis* (zakładka Działalność, podzakładka Odznaczenia: *Meritus Pro Medicis* → Dokumenty).

Wypełnione wnioski należy nadsyłać na adres:

- 1) Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa – z dopiskiem na kopercie *Meritus Pro Medicis* lub
- 2) e-mail: sekretariat@nil.org.pl w terminie do **31 października 2023 r.** ●

Prof. dr hab. n. med. Romuald Krajewski
Kancierz Kapituły Odznaczenia
Meritus Pro Medicis

PRAKTYKA LEKARSKA – ZE ŚWIATA

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Grecja: gdzie jest medyk?

Na greckiej wyspie Kos działa tylko jedna karetka pogotowia. Ambulans nie jest w stanie dotrzeć do wszystkich potrzebujących na czas. Młody mężczyzna, który uległ wypadkowi samochodowemu, musiał czekać aż 40 minut na przyjazd pomocy medycznej – informowała w sierpniu France24 za agencją informacyjną AFP.

To niejedyny taki incydent. W czerwcu greckie media donosiły o innej dramatycznej sytuacji. Starsza kobieta nie mogła się doczekać na przyjazd ambulansu, wobec czego rodzina podjęła decyzję o przewiezieniu jej do szpitala ciężarówką. Niestety 63-latką zmarła w drodze.



fot.: Shutterstock.com

Na Kos mieszka ok. 40 tys. osób, ale rocznie region ten odwiedza nawet milion turystów. Na wyspie dostępnych jest kilka ambulansów, ale w praktyce funkcjonuje tylko jeden, bo brakuje medyków do obsadzenia dyżurów w pozostałych pojazdach. Media wskazują, że karetka pogotowia brakuje też na kilkunastu innych greckich wyspach. Powody są takie same jak na Kos – braki kadrowe personelu medycznego. Problem, który jest znany od dawna, nasila się w okresie letnim wraz z napływem turystów.

Z doniesień europejskiego wydania „Politico” dowiadujemy się, że grecki parlament zgodził się na awaryjne zatrudnianie strażaków i personelu wojskowego jako kierowców ambulansów. Nie jest to jednak rozwiązanie poprawiające sytuację w dłuższej perspektywie.

Medyków brakuje także w części szpitali zlokalizowanych na niektórych greckich wyspach. Jak informuje „Politico”, nie są one w stanie zatrudnić na stałe lekarzy pierwszego kontaktu i muszą latać

grafiki medykami przyjeżdżającymi na krótkie cykle do pracy z części kontynentalnej Grecji. Braki kadrowe dotyczą również lekarzy innych specjalności.

Źródło: ekathimerini.com / france24 / politico

Francja: zawód wysokiego ryzyka

Francuscy pracownicy ochrony zdrowia coraz częściej doświadczają przemocy – wynika z raportu opublikowanego przez Krajową Radę Kolegium Lekarzy (Conseil national de l'Ordre des Médecins, CNOM).

To już 20. edycja badania na temat bezpieczeństwa lekarzy (opracowanie powstało we współpracy z Ipsos, na podstawie danych o incydentach zgłaszanych przez lekarzy do izb okręgowych). Z tegorocznej edycji raportu wynika, że w 2022 r. doszło do 23-proc. wzrostu przemocy wobec lekarzy w porównaniu z 2021 rokiem. Odnotowano w sumie 1244 zgłoszenia, najczęściej dochodziło do przemocy słownej (również groźby). 56 proc. incydentów dotyczyło kobiet, 44 proc. – mężczyzn. Najczęściej problemy zgłaszali lekarze rodzinni.

CNOM zwraca uwagę, że wynik i tak jest zaniżony, bo wielu lekarzy nie zgłasza aktów przemocy, których doświadczali w pracy. Co więcej, jedynie jedna trzecia tych, którzy zdecydowali się zgłosić incydent, złożyła oficjalną skargę.

Źródło: conseil-national.medecin.fr / medscape

UK: jakość na plus, dyskryminacja na minus

Choć większość brytyjskich lekarzy w trakcie szkolenia (staż, rezydentura) pozytywnie ocenia jakość kształcenia, część z nich

doświadcza różnego rodzaju dyskryminacji ze strony swoich starszych kolegów. Wynika tak z badania opublikowanego w lipcu tego roku przez General Medical Council (GMC), brytyjską instytucję zajmującą się rejestracją lekarzy i sprawującą nadzór nad wykonywaniem zawodu.

Niemal jedna trzecia szkółących się lekarzy przyznała, że doświadczyła mikroagresji, negatywnych komentarzy i stereotypowego traktowania ze strony swoich przełożonych, a ponad 10 proc. czuło się celowo upokarzanych w obecności innych osób. Częściej do takich zachowań dochodziło podczas odbywania stażu niż na późniejszych etapach kształcenia. Skala występowania zjawiska była też różna w zależności od specjalizacji – na przykład nadużycia częściej zdarzały się m.in. podczas szkoleń z medycyny ratunkowej i chirurgii.

Źródło: GMC

Irak: sukces w walce z jaglicą

Jaglica (łac. trachoma) nie jest już problemem zdrowia publicznego w Iraku – poinformowała WHO. To już 17. kraj na świecie z listy państw wskazanych przez WHO, który zdołał wyeliminować chorobę będącą główną zakaźną przyczyną ślepoty na świecie.

Jaglica należy do grupy tzw. zaniedbywanych chorób tropikalnych (NTD, neglected tropical diseases). Powoduje przewlekłe zapalenie rogówki i spojówek wywołane zakażeniem bakterią *Chlamydia trachomatis*.

Irakijski program walki z jaglicą rozpoczął się w 2012 r., kiedy rozwinięto system nadzoru umożliwiający jak najwcześniejsze wykrycie zachorowań i skuteczne leczenie pacjentów. Wdrożono też badania przesiewowe oczu w szkołach. Rejonów endemicznych Iraku, w których występowała jaglica, nadal będą monitorowane, aby w razie ewentualnego ponownego pojawienia się choroby móc jak najszybciej zareagować.

Źródło: WHO

PRAKTYKA LEKARSKA

Otyłość dziecięcą trzeba leczyć

Otyłość u dzieci i młodzieży to narastający problem. Dlatego NIL zaprasza na szkolenia dotyczące rozpoznawania i postępowania w leczeniu tej choroby.

LUCYNA KRYSIAK

DZIENNIKARKA

Jeszcze kilkanaście lat temu otyłością lub nadwagą było dotknięte 13 proc. polskich dzieci. Dane uzyskane przed pandemią COVID-19 na podstawie badań prowadzonych przez WHO u ośmio- i dziewięcioletków, w które włączyła się także Polska, wskazują, że odsetek ten sięga już 30 proc., dorównując tym samym Zachodowi. Co niepokojące, ta tendencja wzrasta – mówi prof. Paweł Matusik, prezes Polskiego Towarzystwa Otyłości Dziecięcej (PTOD), pediatra, endokrynolog w Oddziale Klinicznym Pediatrii, Otyłości Dziecięcej i Chorób Metabolicznych Kości Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Dlatego Naczelna Izba Lekarska podpisała z Polskim Towarzystwem Otyłości Dziecięcej porozumienie o współpracy w zakresie szkoleń na temat rozpoznawania i postępowania w leczeniu otyłości wieku dziecięcego, prowadzonych w ramach działalności Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK NIL). Pierwsze szkolenia w postaci webinarów odbędą się jeszcze w październiku tego roku.

CHOROBA JAK KAŻDA INNA

– Chcemy dać lekarzom wskazówki, jak od początku do końca postępować z dzieckiem chorującym na otyłość, jak z nim rozmawiać, jakie procedury wdrożyć, jak pokonać własną niemoc na tej trudnej drodze leczenia, która wymaga od lekarza cierpliwości i wytrwałości – tłumaczy prof. Matusik.

Otyłość wciąż jest postrzegana i traktowana jak defekt estetyczny, wynikający ze specyficznej budowy ciała i zaniedbań, a nie jak poważna choroba

przewlekła. – Takie podejście pokutuje nawet w środowisku medycznym. Lekarze nie wiedzą, jak rozmawiać o tej chorobie zarówno z dziećmi, jak i ich opiekunami. Standardem jest rada: „Proszę mniej jeść i więcej się ruszać”, za którą nie idą konkretne zalecenia lekarskie – mówi prof. Matusik. A te muszą być bezkompromisowe i jednoznaczne, np. „Proszę

Otyłości sprzyjają przede wszystkim czynniki środowiskowe, na które nakładają się np. czynniki emocjonalne

odstawić napoje słodzone, zjadać dwie porcje owoców dziennie na drugie śniadanie i podwieczorek, zrezygnować ze słodczy, z białego pieczywa na rzecz pełnoziarnistego”. Tylko tak można doprowadzić do zmian w sposobie żywienia, utrwalić je i doprowadzić do redukcji masy ciała i ją utrzymać. Pacjentowi w zaawansowanej fazie choroby należy zaproponować również leczenie farmakologiczne lub operacyjne. W Polsce są ośrodki leczenia chirurgicznego otyłości u osób poniżej 18. roku życia i pierwsi pacjenci poddani operacji bariatrycznej.

POTRZEBNA EDUKACJA

Większość przyczyn otyłości u dzieci ma podłoże środowiskowe – nieprawidłowe nawyki

żywieniowe rodziców czy otyłość u kobiety przed zajściem w ciążę. Ryzyko otyłości u dziecka niesie również zbyt duży przyrost masy ciała matki w czasie ciąży. Także sztuczne karmienie niemowląt i nieprawidłowe rozszerzanie diety może wpływać na późniejsze problemy niemowlęcia z masą ciała. U dzieci nieprawidłowo żywionych we wczesnym dzieciństwie występuje predyspozycja do tycia za sprawą tzw. pamięci metabolicznej.

– Rodzice dzieci chorujących na otyłość szukają przyczyn hormonalnych, endokrynologicznych czy genetycznych, jednak występują one rzadko. A to głównie czynniki środowiskowe. Nakładają się na nie np. czynniki emocjonalne, które uaktywniły się w pandemii. Lęk i izolacja stworzyły warunki do zajądania stresu, a w zaburzeniach odżywiania emocje odgrywają ogromną rolę – przekonuje prof. Matusik.

Zapobiegania otyłości powinno być wielodyscyplinarne. – Początkiem wytyczania tego kierunku jest np. opłata cukrowa, którą rząd wprowadził, ale na tym poprzestał. Nie wiadomo też, kiedy zostanie wdrożony opracowywany właśnie program skoordynowanej opieki walki z otyłością u dzieci. A temat wymaga dobrze zaplanowanej i skoordynowanej edukacji, by zmieniła się świadomość społeczeństwa – podsumowuje prof. Matusik. ●

Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej

NILNaczelna
Izba LekarskaOśrodek
Kształcenia
COBIK NIL

Zaprasza na szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów!

W październiku przygotowaliśmy:

- 6 szkoleń o tematyce prawnej,
- 5 szkoleń dotyczących zagadnień z zarządzania,
- 7 szkoleń z zakresu kompetencji miękkich,
- 5 szkoleń z zakresu innowacji w medycynie,
- 11 szkoleń związanych z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z obszaru danych specjalizacji.

Mamy ogromną przyjemność zaprosić Państwa na kolejne już warsztaty weekendowe:
Radzenie sobie z lękiem, stresem i budowanie odporności psychicznej!



Współpraca Naczelnej Izby Lekarskiej z Towarzystwami Medycznymi

Naczelna Izba Lekarska zaprosiła Polskie Towarzystwa Lekarskie do współpracy w zakresie kształcenia i edukacji lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju. Zapraszamy na szkolenia:

Współpraca z Polskim Towarzystwem Komunikacji Medycznej:

- 2.10.2023 r. - Zdradliwe cyfry, czyli jak postugiwać się liczbami i informować o ryzyku w komunikacji z pacjentem i uczestnikiem badania klinicznego
- 5.10.2023 r. - Dlaczego z niektórymi pacjentami trudno się porozumieć i jak to zmienić
- 12.10.2023 r. - Emocje w pracy lekarza. Jak skutecznie zarządzać trudnymi emocjami
- 27.10.2023 r. - Jak sobie radzić kiedy pacjent chce obejść zasady dla własnego celu

Współpraca z Polskim Towarzystwem Badania Bólu:

- 2.10.2023 r. - Definicja, rodzaje, patomechanizmy bólu
- 9.10.2023 r. - Kliniczna ocena chorego z bólem
- 30.10.2023 r. - Farmakoterapia bólu - analgetyki opioidowe, przykłady kliniczne

szkolenia@nil.org.pl

(22) 559 13 00 wew. 507

Zapraszamy do zapisów na stronie
www.nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia

NIL NA SZYBKO

Czas, by zgłaszać patologie

Do Zespołu ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia można zgłaszać wszelkie nieprawidłowości, niezależnie od tego, kto za nimi stoi.

JAKUB KOSIKOWSKI
RZECZNIK NACZELNEJ IZBY
LEKARSKIEJ



Zmienia się „Gazeta Lekarska”, zmieni się i ten felieton. Wszystkie najważniejsze informacje znajdziecie w aktualnym numerze. Ja skupię się na rzeczach mniej oczywistych, mniejszego kalibru, ale nadal ważnych, przynajmniej dla części naszego środowiska.

Nie zliczę, ile razy donoszono do izb o trawiących system patologiiach z dopiskiem „Proszę o anonimowość”. Niestety, w wielu przypadkach na tę anonimowość nie pozwalały przepisy, a patologie kwitły dzięki powszechnej świadomości, że trudno będzie o odważnego, który by się im sprzeciwił pod nazwiskiem. Nastął moment, by to zmienić – powołano Zespół ds. Naruszeń w Ochronie Zdrowia, organ Naczelnej Izby Lekarskiej, do którego możecie zgłaszać różne nieprawidłowości, niezależnie od tego, kto za nimi stoi. Dzięki temu mamy nadzieję skuteczniej realizować jeden z naszych podstawowych celów, czyli dbanie o interes lekarzy.

Do tej pory brakowało w samorządzie narzędzia, które weryfikowałoby oddolne i anonimowe doniesienia o patologiach i skutecznie je rozwiązywało. Przyszedł moment, w którym można pewnie sprawę

naprawić bez narażania się na konsekwencje związane z byciem sygnalistą. Mam nadzieję, że środowisko będzie mądrze korzystać z tego narzędzia dla dobra nas wszystkich. I dla dobra naszych pacjentów.

Zakończyły się XX Igrzyska Lekarskie w Zakopanem. Komisja Sportu NRL podjęła decyzję, że przyszłoroczne XXI Igrzyska odbędą się dla odmiany w Centralnym Ośrodku Sportu Cetniewo we Władysławowie. Zamieniamy więc Tatry na Bałtyk i na początku września 2024 r. spotykamy się nad polskim morzem, by znów udowodnić, że sport i medycyna są ze sobą bardzo mocno związane. Mamy nadzieję, że ta geograficzna zmiana zadziała profrekwencyjnie – koleżanki i koledzy z północy wreszcie nie będą mieć daleko – i że pojawi się wiele dyscyplin związanych z wodą. Wszystkich fanów Igrzysk w Zakopanem uspokajamy: edycja 2025 planowana jest ponownie pod Giewontem. Jeśli wszystko się uda tak, jak planujemy, Bałtyk i Tatry będą gościć Igrzyska rotacyjnie co dwa lata. ●

O TYM SIĘ MÓWI

W szranki z sepsą

Zwalczanie sepsy wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Niezbędne jest szkolenie personelu medycznego obejmujące wszystkie poziomy opieki zdrowotnej. Tego typu program jest potrzebny naszym pacjentom. Dziś samorząd lekarski dołącza do niego, pokazując, że całe środowisko staje w szranki z sepsą – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski podczas inauguracji Narodowego Programu Zwalczania Sepsy, która odbyła się 13 września w Światowym Dniu Sepsy w Państwowym Instytucie Medycznym – MSWiA. Sepsa to 3.-4. przyczyna zgonu na świecie. W USA odpowiada za śmiertelność większą od skumulowanej liczby zgonów trzech najczęstszych nowotworów łącznie. 40 proc. chorych to dzieci poniżej 5. r.ż.

Siedem miliardów na puste łóżka

Rządzący nie stanęli na wysokości zadania – oceniła Najwyższa Izba Kontroli działania rządu w związku z pandemią COVID-19. NIK wzięła pod lupę tworzenie i funkcjonowanie szpitali tymczasowych oraz realizację poleceń ministra zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (tzw. dodatków covidowych). Na jedno łóżko covidowe przypadało 31 pracowników medycznych, na puste łóżka covidowe wydano 7 mld zł, a na niepotrzebne obiekty 612 mln zł. NIK wystąpiła do Trybunału Konstytucyjnego z wnioskiem o stwierdzenie niezgodności przepisów specustawy covidowej z konstytucją i złożyła dziewięć zawiadomień do prokuratury, z których trzy dotyczą zakupu respiratorów, a dwa działań ministra aktywów państwowych.

LEK i LDEK do zmiany

Zdaniem Prezydium NRL forma Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK) i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowy (LDEK) nie pozwala na rzetelną ocenę przygotowania absolwentów kierunku lekarskiego do wykonywania zawodu i nie umożliwia weryfikacji jakości ich kształcenia. – Kierunki medyczne powstają na uczelniach nieprzygotowanych do ich prowadzenia, a wiedza ich absolwentów nie jest weryfikowana. Słabo przygotowani lekarze zaczęli leczyć ludzi, ponieważ uda im się przyswoić odpowiedzi na pytania z ograniczonej bazy pytań, na którą składa się obecna forma LEK. Jak w takich warunkach zadbać o bezpieczeństwo pacjenta i wysoką jakość leczenia? Należy natychmiast zmienić formę tego egzaminu – uważa Damian Patecki, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego NRL.

Pomoc psychologa

Nawet 15 tys. interwencji kryzysowych i sesji terapeutycznych zostanie zrealizowanych w ramach platformy online psychologdlamedyka.pl. Według danych Fundacji Nie Widać Po Mnie ponad 50 proc. medyków ma syndrom wypalenia zawodowego, a wielu myśli o zmianie profesji. Jednocześnie sięgają po fachową pomoc najręziej i najpóźniej. Środki na bezpośrednią interwencję kryzysową, porady psychologiczne i sesje terapii indywidualnej dla kadry medycznej oraz studentów kierunków medycznych przekazuje Ministerstwo Zdrowia. Program pozwala uzyskać pomoc osobom z mniejszych miejscowości, gdzie zasoby kadry psychologicznej są ograniczone.

Nowe szkolenia

Ośrodek Kształcenia NIL przygotował kolejną ofertę bezpłatnych szkoleń dla lekarzy w okresie wrzesień-grudzień 2023 r., w tym 10 stacjonarnych w Centrum Szkoleniowo-Konferencyjnym NIL oraz 67 kursów online. Szkolenia są akredytowane, a uczestnicy otrzymują certyfikaty potwierdzające udział i przyznane punkty edukacyjne. Tematy szkoleń dotyczą zagadnień m.in. prawnych oraz związanych z wykonywaniem zawodu i wiedzą medyczną z poszczególnych specjalizacji. Rejestracja na szkolenia na stronie <https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia>

Powstał Zespół ds. Naruszeń

A tak byłego ministra zdrowia na lekarza pokazuje, że w strukturze samorządu lekarskiego potrzebna jest jednostka monitorująca, rejestrująca i przeciwdziałająca nadużyciom, które szkodzą bezpieczeństwu pacjentów i lekarzy oraz utrudniają sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Do zadań zespołu będzie należało m.in. wyszukiwanie i zbieranie informacji oraz zawiadamianie odpowiednich organów izb lekarskich na temat nieprawidłowości w funkcjonowaniu jednostek ochrony zdrowia. Przewodniczącym zespołu został Piotr Pisula, członek prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu. – Wiemy, że przed nami dużo pracy. Pozostaje zakasać rękawy i ruszać – podkreśla dr Pisula.

Biuro Prawne NIL pomoże lekarzom

NIL zlecił opinię prawną w sprawie kar nakładanych przez NFZ na lekarzy za nienależne – zdaniem Funduszu – określanie stopnia refundacji leków. Biuro Prawne NIL udostępni wzory pism procesowych lekarzom, którzy chcą dochodzić swoich praw oraz bronić się przed niesłusznie nałożonymi karami. Pierwsze dotyczy sytuacji przed wytoczeniem postępowania przez NFZ, drugie znajdzie zastosowanie w już toczącym się postępowaniu. Sprawa tzw. nienależnej refundacji stała się głośna, gdy NFZ zaczął wzywać lekarzy z różnych stron Polski do zwrotu kosztów preparatów aminokwasowych dla dzieci, które przepisał za nią. Kontakt: rpl@nil.org.pl.

Postulaty u pani minister

Zdefiniowanie zdarzenia niepożądanego, stworzenie rejestru takich zdarzeń oraz procesu zarządzania zgłoszonym zdarzeniem

niepożądanym, utworzenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych zapewniającego ochronę i anonimowość zgłaszającemu i wprowadzenie obowiązku biegłej znajomości języka polskiego przez personel medyczny pracujący w Polsce to niektóre z 27 postulatów wypracowanych przez Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. Porozumienie Organizacji Lekarskich (POL) przesłało postulaty minister zdrowia Katarzynie Sójce z okazji przypadającego 17 września Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta. – Stawiamy na dialog z udziałem pacjentów, profesjonalistów medycznych i decydentów. Przyszłość na tych ostatnich, dlatego przesyłamy pani minister efekty naszej pracy i jednocześnie deklarujemy swoją gotowość do współpracy nad ich urzeczywistnieniem – zaznaczył prezes NRL Łukasz Jankowski. Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta to inicjatywa na rzecz wypracowania postulatów środowiska medycznego, powstała w związku z odrzuceniem przez Sejm ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz przyjęciem poprawionej wersji ustawy jako projektu poselskiego.

Rekord medycyny rodzinnej

681 miejsc rezydenckich, o 280 więcej niż przed rokiem, przyznano w jesiennym postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizację lekarskie. Łącznie przyznano 6262 miejsca w trybie rezydenckim i 10 118 miejsc w trybie pozarezydenckim. 3856 miejsc zarezerwowano dla dziedzin priorytetowych, a więc medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych (518), pediatrii (322 miejsca), psychiatrii (306), anestezjologii i intensywnej terapii (270) czy patomorfologii (103). Najmniej miejsc przyznano w epidemiologii (6), farmakologii klinicznej (8), immunologii klinicznej (9), medycynie morskiej i tropikalnej (1), medycynie sportowej i neuropatologii (po 2), toksykologii klinicznej (7) i zdrowiu publicznym (5).

KONGRES

Cyfrowa rewolucja poprawia opiekę zdrowotną

KAROLINA KOWALSKA, MARIUSZ TOMCZAK

O tym, jak nowoczesne technologie zmieniają oblicze opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie, lekarze i eksperci rozmawiali podczas NIL IN Summit – I Kongresu Lekarzy Innowatorów.

Cieszę się, że wokół naszej społeczności innowatorów udało się skupić wielu lekarzy – powiedział prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, otwierając dwudniowy kongres, który odbył się 15-16 września 2023 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) z okazji rocznicy działalności społeczności lekarzy innowatorów NIL Innovation Network (NIL IN), działającej w ramach Centralnego Ośrodka Badań Innowacji i Kształcenia (COBIK) NIL.

O cyfrowej rewolucji otwierającej nieograniczone możliwości poprawy opieki zdrowotnej mówił dyrektor COBIK i współzałożyciel NIL IN dr Artur Drobniak: – Opieka zdrowotna będzie zautomatyzowana. Wykorzystując narzędzia sztucznej inteligencji, lekarz zdalnie kontroluje pacjenta – przewidywał.

Dane pomogą pacjentowi

Jego zdaniem system zmierza w kierunku opieki domowej, zdalnej i ambulatoryjnej, a szpital będzie dla wybranych, bo za 30 lat będzie dużo mniej szpitali: – Będziemy leczyć we własnym domu albo przez lekarzy ze swojej przychodni.

Prof. Piotr Płoszajski ze Szkoły Głównej Handlowej (SGH) mówił, że nadchodzi pokolenie, które lubi być dobrze poinformowane: – Zmieni się rola lekarza. Będzie on raczej konsultantem niż decydem – ocenił. A prof. Paweł Krzesiński z Wojskowego Instytutu Medycznego podkreślał, że lekarzom trzeba

► Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (drugi z prawej) podczas debaty pierwszej dnia konferencji



stworzyć warunki, by wykorzystać ich doświadczenie i pasję: – W przyszłości lekarze będą musieli spoglądać na szereg danych i osadzać je w szerszym kontekście. Sztuczna inteligencja nie dehumanizuje medycyny, lecz umożliwia kupno dodatkowego czasu dla pacjenta.

W panelu „Innowacje w szpitalach” dr n. med. Tomasz Maciejewski, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka (IMI) w Warszawie i lider grupy NIL IN do spraw szpitalnictwa, przypomniał szacunki Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): do 2030 r. globalna ekonomia wytworzy w sektorze ochrony zdrowia 40 mln nowych

miejsz pracy, ale nieobsadzonych stanowisk będzie dwa razy więcej. Dlatego szpitale już dziś powinny wdrażać innowacyjne rozwiązania, które pozwolą odciążyć personel i ułatwić leczenie, np. jak jego placówka powołując Dział ds. Sztucznej Inteligencji i Innowacji Technologii Medycznych. Od stycznia 2022 r. IMiD dokonał czterech wdrożeń, m.in. zastosowania gogli VR w chirurgii onkologicznej oraz symptom checkera, który ogranicza liczbę niepotrzebnych wizyt w SOR.

Yair Itzhak, Head of Global Relations w Sheba Medical Center, opowiadał o szpitalu wirtualnym



DOŁĄCZ DO



nil in

Sieć Lekarzy Innowatorów

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

► Dyrektor COBIK i współzałożyciel NIL IN dr Artur Drobniak mówił m.in. o cyfrowej rewolucji otwierającej nieograniczone możliwości poprawy opieki zdrowotnej



fot.: Mariusz Tomczak

Sheba Beyond, który powstał w odpowiedzi na potrzebę zdalnego leczenia podczas pandemii COVID-19 w Izraelu, oraz o pierwszym szpitalu połowym leczącym częściowo zdalnie. „Shining Star”, zorganizowany po wybuchu wojny w Ukrainie w okolicach Łwowa, przez dwa tygodnie działania przyjął 6 tys. pacjentów. Lekarze z Izraela konsultowali ich na odległość.

HTA W SZPITALACH

W panelu „Od konceptu przez finansowanie do refundacji: przyspieszanie procesu i upowszechnienia innowacji w opiece zdrowotnej” lider grupy NIL IN Zdrowie i Wellbeing Artur Białoszewski pytał, jak myśleć o innowacji, by zakończyła się wdrożeniem. Prof. Marcin Czech, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego i były wiceminister zdrowia, przypomniał, że w przypadku leków słowem „innowacja” zawładnął globalny przemysł farmaceutyczny. – Właściwie innowacjami nazwane są tylko nowe cząsteczki objęte ochroną patentową. Wielkie koncerny wydają ponad 1 mld dolarów, by przeprowadzić molekułę od pomysłu do czasu rejestracji. Niewiele innowatorów ma takie środki, niemniej od koncernów można nauczyć się choćby, jak planować badania kliniczne. Inna jest w publicznym systemie droga oceny

wyrobów medycznych, z kluczową rolą konsultantów, NFZ i Ministerstwa Zdrowia. HTA (health technology assessment) wyrobów medycznych jest mniej wystandaryzowane niż w technologiach lekowych. Tu innowacje tworzone są szybciej – tłumaczył prof. Czech.

Dr hab. Monika Raulinajtys-Grzybek, kierowniczka Katedry Rachunkowości Menedżerskiej SGH, zwróciła uwagę, że ocenę technologii medycznych (HTA) ostatnio sprowadzono „pod strzechy” do szpitali. – Procedura HB HTA (hospital-based HTA, HTA z perspektywy szpitala) ocenia daną technologię z perspektywy konkretnej placówki, uwzględniając aspekt kliniczny – czy przynosi efekty zdrowotne i poprawi sytuację pacjentów, aspekt organizacyjny – w jaki sposób włączyć ją w proces, który funkcjonuje, oraz aspekt biznesowy, czyli wpływ na budżet szpitala – mówiła.

Prof. Piotr H. Skarżyński, otchirurg, dyrektor ds. nauki i rozwoju Instytutu Narządów Zmysłów, przekonywał, że lekarzom opłaca się być innowacyjnymi: – Lekarz, który wprowadza nowe terapie, jest bardziej atrakcyjny dla pacjentów,

będzie mógł zebrać większy zespół i leczyć schorzenia sprawniej i bardziej efektywnie. Wielu dochodzi do pewnego poziomu wiedzy i leczy według swoich schematów. Są wprawdzie elementy motywujące, jak punkty edukacyjne, ale jeśli ktoś jest jedynym specjalistą w regionie i na wizytę u niego trzeba czekać pół roku, nie ma silnej motywacji do bycia innowacyjnym. Pokolenie lekarzy, którzy dorastali w pewnej innowacyjności, jest często innowacyjne tylko do czasu uzyskania stopnia profesora. Tymczasem innowacyjnym trzeba być stale – przekonywał prof. Skarżyński. Dodał, że by być innowacyjnym lekarzem, trzeba być otwartym na inne branże, czego przykładem jest współpraca z różnymi politechnikami. – Bardzo często specjaliści z innych dziedzin nauki mają wiedzę, która jest niewykorzystana klinicznie – zauważył.

POMOC DLA INNOWATORÓW

Podczas sesji „Przychodzi pomysł do lekarza” Jakub Chwiećko, pediatra i partner zarządzający NIL IN oraz lider grupy ds. start-upów, przedstawił wyniki badania, jakie



fot.: COBIK NIL

◀ Startupowcy (od lewej): dr hab. Wojciech Kukwa, partner zarządzający NIL IN Jakub Chwiećko, Piotr Strus i Siddarth Agrawal

jego grupa przeprowadziła wśród lekarzy innowatorów.

– Innowatorzy stanowią zwykle około 2,5 proc. społeczeństwa, co wynika ze statystyki, z krzywej Gaussa. Jeśli chodzi o polskich lekarzy innowatorów, 2,5 proc. z 200 tys. wszystkich lekarzy to 5 tys. osób. Lekarze startupowcy to jeszcze bardziej zawężona grupa innowatorów, która była ciekawym obiektem naszego badania – mówił.

Z badania wynika, że żeby być prawdziwym startupowcem, trzeba łączyć pasję do innowacji z pracą w zawodzie. – Większość lekarzy pracuje ponad 200 godzin w miesiącu. Jeśli dodać do tego 100 godzin pracy przedsiębiorcy, mamy gotowy przepis na zawał – żartował Jakub Chwiećko, zapowiadając dyskusję z trzema CEO start-upów, którzy są czynnymi lekarzami. Dr hab. Wojciech Kukwa, laryngolog i twórca Clebre, urządzenia do badania bezdechu sennego, dr hab. Siddarth Agrawal, CEO i twórca Labplus oraz Piotr Strus z play.air opowiedzieli uczestnikom o swoich przedsięwzięciach.

– Według znanego powiedzenia pomysł jest wart dolara, czyli prawie tyle, co nic. – Dopiero konsekwencja, realizacja i wdrożenie tego pomysłu tę ideę rozwija. Równie dużą barierą są formalne kwestie związane z prowadzeniem działalności gospodarczej. Lekarze

na studiach uczą się, jak leczyć. Nie mają pojęcia, jak założyć firmę, i uczą się tego na własnych błędach. NIL IN chciałoby być centrum, które wspiera lekarzy startupowców. Chcielibyśmy być miejscem, do którego osoby z pomysłem na start-up medyczny zwracają się z zapytaniem, jak

możemy mu pomóc – zapewnił Jakub Chwiećko.

Zapraszamy wszystkich do kształtowania tych projektów razem z nami. Nasze drzwi są otwarte dla wszystkich, którzy chcą usprawnić opiekę zdrowotną, unowocześniać miejsca pracy, a także tworzyć i wdrażać innowacje medyczne. ●

▼ Dr Adrian Kłapyta, Marek Zawadzki i prowadzący debatę Artur Białoszewski (pierwszy z prawej)



fot.: COBIK NIL

CZAS PODSUMOWAŃ

Sieć Lekarzy Innowatorów po roku działalności

JAKUB CHWIEĆKO

W ramach społeczności NIL IN udało się nam osiągnąć wiele, choć nie uniknęliśmy porażek. Potrafimy jednak wyciągać wnioski, dlatego w najbliższych miesiącach postaramy się jeszcze bardziej skonsolidować środowisko medycznych innowacji.

Rok temu w Naczelnej Izbie Lekarskiej powstał Centralny Ośrodek Badań, Innowacji i Kształcenia (COBIK NIL), w ramach którego dość szybko zaczął funkcjonować NIL IN, czyli Sieć Lekarzy Innowatorów.

Projekt, który pierwotnie tworzyła garstka osób, zaczął się szybko rozwijać. W jego szeregach już na początku działalności wstąpiło prawie stu lekarzy zainteresowanych innowacjami i nowymi technologiami. W ramach NIL IN powstało kilka grup roboczych, w tym: ds. start-upów medycznych, ds. wdrożenia innowacji w opiece ambulatoryjnej; ds. wdrożenia innowacji w szpitalnictwie; ds. danych medycznych oraz MedLoop, której zadaniem jest stworzenie systemu agregującego innowacje medyczne wraz z możliwością ich oceny oraz polecenia.

PLANY NA PRZYSZŁOŚĆ

Pierwszy rok działalności to dobry czas na podsumowania i refleksje. Czujemy, że w ramach społeczności NIL IN udało się nam osiągnąć wiele, choć nie uniknęliśmy kilku mniejszych lub większych porażek, z których obecnie wyciągamy wnioski. Chcemy, by drugi rok działalności był przełomowy, wniosł nową jakość do systemu opieki zdrowotnej, pozwolił nam przyciągnąć do siebie jeszcze więcej pasjonatów pragnących tworzyć innowacje, a także by zakończył się jeszcze bardziej spektakularnymi osiągnięciami.

Uchylając rąbka tajemnicy, możemy powiedzieć, że w najbliższych miesiącach oraz w 2024 r. postaramy się skonsolidować środowisko medycznych innowacji poprzez

zorganizowanie wraz z partnerami cyklicznych wydarzeń, podczas których będziemy łączyć młodość z doświadczeniem, szaleństwo z metodą, a nowoczesność z tradycyjnymi wartościami i etyką.

Powtórzymy też konkurs Przyszłości dotyczący wdrożenia innowacji w opiece ambulatoryjnej, który okazał się dużym sukcesem, licząc na jeszcze większą liczbę wspólnych projektów, realnie wdrażanych w polskim środowisku zdrowotnym. Zbierzemy również w jednym miejscu wszystkie możliwości rozwoju osobistego i finansowego dla naszych medycznych innowatorów.

Zyskamy też nową tożsamość dzięki lepszemu komunikacji oraz wykorzystaniu popularnych portali społecznościowych, gdzie zaprezentujemy sylwetki ciekawych i inspirujących osób. Będziemy także na bieżąco pisać i mówić o nowościach i innowacjach medycznych, tak by mieli Państwo okazję się z nimi zaznajomić, ocenić je, a także – w razie potrzeby – wypróbować na własnej skórze.

W ramach dalszych prac wraz z liderami zmiany, odważnie stawiającymi na rozwiązania przyszłości, dokończymy tworzenie bazy danych technologii AI wdrożonych w polskich placówkach. Będziemy też czuć nad interdyscyplinarnością danych, a przede wszystkim nad ich bezpieczeństwem zarówno dla pacjentów, jak i lekarzy. Usłyszycie Państwo o nas, kiedy będziemy badali potrzeby

lekarzy w zakresie technologii w ramach barier przy ich wdrażaniu, jak i szukali pomysłów i inspiracji wśród Pastwa codziennych trosk i potrzeb, tak by nakłonić innowatorów do rozwiązywania realnych wyzwań rodzimej ochrony zdrowia.

KOLEJNE SZKOLENIA

Nie można oczywiście zapomnieć o szkoleniach, które są podstawą naszej działalności. Na kolejne miesiące przygotowujemy jeszcze większą dawkę inspirujących spotkań, cykle szkoleniowe organizowane z naszymi partnerami instytucjonalnymi, zakończone certyfikacją dla osób, która chcą dołączyć do Sieci Lekarzy Innowatorów i stać się ekspertami. Zorganizujemy również szkolenia z nowoczesnych metod zarządzania, a także udostępniemy materiały szkoleniowe, dzięki którym wdrażanie innowacji stanie się dla Państwa łatwiejsze i bardziej przejrzyste.

Dla najbardziej zaangażowanych innowatorów planujemy też wyjazdy szkoleniowe, by wspólnie odkrywać medyczne innowacje w innych wybitnych ośrodkach. Zaplanujemy również programy inkubacji pomysłów i start-upów.

Zapraszamy wszystkich do kształtowania tych projektów razem z nami. Nasze drzwi są otwarte dla wszystkich, którzy chcą usprawniać opiekę zdrowotną, unowocześniać miejsca pracy, a także tworzyć i wdrażać innowacje medyczne.



DOŁĄCZ DO



nil in

Sieć Lekarzy Innowatorów

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

KONKURS

Przychodnia Przyszłości – znamy laureatów

MAŁGORZATA KILJAŃSKA

Za nami pierwsza edycja konkursu, którego celem było dzielenie się dobrymi praktykami z całej Polski i przygotowanie wskazówek, jak wprowadzać innowacje w opiece ambulatoryjnej.

Do konkursu zostały zgłoszone rozwiązania, które są wykorzystywane na co dzień i są dobrze oceniane przez lekarzy, przynosząc przy tym korzyści pacjentom i usprawniając pracę placówek medycznych.

W jury konkursu zasiadli pasjonujący się innowacjami reprezentanci towarzystw naukowych, organizacji pacjentów, placówek publicznych i prywatnych, uczelni, instytucji publicznych, a także innowacyjni producenci technologii.

DWA ETAPY

Otrzymaliśmy 40 zgłoszeń innowacji spełniających kryteria konkursowe, usprawniających pracę zarówno małych placówek, jak i dużych sieci medycznych. Były to projekty z wielu obszarów, w tym koordynacji opieki nad pacjentami, wdrożenia nowych technologii, systemów informatycznych, narzędzi zarządczych, zmiany organizacji pracy placówek i poprawy jakości medycznej.

Kapituła konkursu oceniła nadesłane zgłoszenia w dwóch etapach. W pierwszym zgłoszone rozwiązania zostały ocenione w skali od 0 do 5 w następujących pięciu kategoriach: innowacyjność rozwiązania, skuteczność wdrożenia innowacji, zamierzona korzyść z innowacji, rola lekarzy w przygotowaniu i wdrożeniu innowacji oraz potencjał wdrożenia innowacji w innych podmiotach. Powstały na podstawie tej punktacji ranking ocen pozwolił wyłonić 11 finalistów z najwyższą średnią ocen. Oto oni:

- „Bezpieczny komunikator medyczny Doctor.One”,
- „Opracowanie i przetestowanie bezkontaktowej metody nadzorowania leczenia pacjentów z chorobami układu oddechowego oraz alergiami przy wykorzystaniu e-słuchawki”,

- „Elektroniczny Dzienniczek Glikemii Diabdis w systemie gabinetowym”,
- „Elektroniczny Pre-Wywiad”,
- „PNM – Patient Need Management”,
- „Współpraca SOR z AOS”,
- „Wdrożenie systemu algorytmicznej interpretacji wyników badań laboratoryjnych”,
- „System diagnostyczny do oceny postawy ciała i pomiarów ortopedycznych – Orthometr”,
- „Aurero Smart Ecosystem”,
- „Profilaktyka i opieka koordynowana w przychodni na wsi”,
- „Triaż POZ”.

W drugim etapie finaliści przygotowali prezentacje swoich innowacji, odpowiedzieli na dodatkowe pytania oraz przedstawili swój projekt na posiedzeniu kapituły konkursu, która zdecydowała o przyznaniu tytułów laureatów w poszczególnych kategoriach oraz tytułu laureata głównego.

TYTUŁY W POSZCZEGÓLNYCH KATEGORIACH

Laureatem głównym został projekt „Wdrożenie systemu algorytmicznej interpretacji wyników badań laboratoryjnych”.

Laureatami w poszczególnych kategoriach zostali:

- Wdrożenie technologii lub wyrobu medycznego: „System diagnostyczny do oceny postawy ciała i pomiarów ortopedycznych – Orthometr”.



foto: Shutterstock.com

- Wdrożenie innowacyjnego systemu informatycznego: „Aurero Smart Ecosystem”.
- Koordynacja opieki: „Profilaktyka i opieka koordynowana w przychodni na wsi”.
- Innowacja organizacyjna: „Triaż POZ”.

Liderzy Sieci Lekarzy Innowatorów NIL IN zdecydowali dodatkowo o przyznaniu nagrody specjalnej dla projektu „Współpraca SOR z AOS” oraz jego autora.

Ogłoszenie wyników konkursu oraz prezentacje finalistów odbyły się na Konferencji Sieci Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej NIL IN Summit 15 września 2023 r.

Opisy wszystkich zgłoszonych w konkursie rozwiązań technologicznych i organizacyjnych wraz z praktycznym poradnikiem dla innowatorów są dostępne na stronie <https://nilin.org.pl> w raporcie „Innowacje w opiece ambulatoryjnej – raport 2023 r.” Zachęcamy do lektury!

PO GODZINACH – PHOTOARTMEDICA

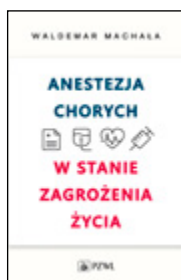


www.photoartmedica.pl

► Windows in the yard, dr Leonid GOLDIN – dentysta – Or-Akiva, Izrael
Uczestnik Salonu PhotoArtMedica 2022



PO GODZINACH – CZYTELNIĄ

**Anestezja chorych.
W stanie zagrożenia życia**
Waldemar Machała

Anestezjolog jak pilot ma do odhaczenia „check listę” w sytuacjach alarmowych. Takimi są bez wątpienia stany zagrożenia życia, czy inne sytuacje – jak uraz z krwotokiem czy niewydolność oddechowa. Trzeba wtedy nie tylko szybko reagować, ale też podejmować konkretne działania. Wskazania ratunkowe nie zmieniają dogmatów ogólnych. Konieczne jest wykonanie znieczulenia, podanie leków uśmierzających ból i zwiótczenie mięśni. Do tego dochodzą techniki regionalne i choć może niezbyt często – znieczulenia zbilansowane, kiedy równocześnie wykorzystywane są techniki regionalne nałożone na znieczulenie ogólne. Pozycja zawiera wybór tekstów prof. nadzw. Waldemara Machały, które były publikowane w znanych i cenionych podręcznikach wydanych przez PZWL. Oczywiście całość uaktualniono i wzbogacono ciekawymi informacjami. Do tego dodano nowe zdjęcia. To pozycja obowiązkowa dla wszystkich zainteresowanych anestezją chorych w stanie zagrożenia życia.

**Narzędzia badawcze
w naukach o zdrowiu**
Marta Makara-Studzińska,
Maciej Załuski

Publikacja prezentuje narzędzia badawcze. Są to skonstruowane lub zaadaptowane metody pomiaru przeznaczone do oceny: nasilenia objawów depresyjnych, lękowych i poziomu stresu; komunikacji i współpracy w leczeniu; przebiegu procesu adaptacji pacjenta do choroby i jej leczenia; zmian fundamentalnych przekonań człowieka w następstwie zajścia zdarzenia traumatycznego.

Autorzy mają bogate doświadczenie z zakresu psychologii klinicznej i komunikacji medycznej. Przedstawione przez nich własne badania to niewątpliwie ważny wkład w rozwój nauki. To obowiązkowa lektura, która może wzbogacić warsztat badawczy nie tylko lekarzy. Kwestionariusze i skale zaprezentowane w publikacji mogą być bowiem stosowane nie tylko dla celów naukowych, ale także diagnostycznych.



PO GODZINACH – PODRÓŻE

W krainie prehistorycznych talayotów

LIDIA SULIKOWSKA
DZIENNIKARKA

Dziewicza przyroda, turkusowe zatoki, malownicze plaże, klimatyczne miasteczka, lokalna kuchnia i spokój, o który coraz trudniej w turystycznych regionach świata – oto Minorka, hiszpańska wyspa archipelagu Balearów.

WySPA ma około 50 km długości i zaledwie 16 km szerokości. Jest zdecydowanie spokojniejsza od swojej większej siostry – Majorki. Kameralny charakter Minorki doceniają poszukujący odprężenia i wyciszenia. Otoczona przejrzystym błękitem ciepłych wód Morza Śródziemnego zapewnia relaks w rytmie slow. Z dala od zgiełku i tłumy turystów, za to w bliskości natury, urozmaiconych krajobrazów i prehistorycznych monumentów.

Na wybrzeżu czeka na turystów kilkadziesiąt różnorodnych plaż – większych i mniejszych, schowanych w turkusowych zatokach, z piaskiem o żółtopomarańczowym, białym a nawet czerwonym zabarwieniu. Krystalicznie czysta woda zachęca do kąpieli, a na amatorów atrakcji wodnych czekają m.in. kajaki, żagle, windsurfing, snorkeling albo nurkowanie.

W ZGODZIE Z NATURĄ

Wyspa jest rezerwatem biosfery UNESCO. Nic dziwnego. Śródziemnomorska roślinność, klify, jaskinie, zatoki, tereny podmokłe, lasy i wąwozy tworzą przyjazny klimat do życia dla licznych gatunków roślin i zwierząt, a turystom dostarczają niesamowitych widoków. Aby poznać w pełni uroki wyspy, warto wybrać się na spacer szlakiem Camí de Cavalls. To łącząca w sumie 185 km historyczna „Droga koni”, ciągnąca się wzdłuż całego wybrzeża Minorki. Podzielona na odcinki, świetnie nadaje się do eksploracji wyspy – także rowerem albo konno. Wędrując, można natknąć się m.in. na drzewa truskawkowe i dziki gaj oliwny, a także obserwować wiele gatunków ptaków. Na wschodnim wybrzeżu wydzielono obszar chronionego krajobrazu S'Albufera des Grau, objęty

specjalną ochroną ptaków – to raj dla amatorów birdwatchingu zarówno zimą, jak i latem.

Gdy zgłodniejemy, warto poszukać restauracji specjalizujących się w tutejszej gastronomii, gdzie króluje kuchnia śródziemnomorska podlana lokalną tradycją i historią – z rybami i owocami morza, bakłażanami, cukiniami, paprykami, pomidorami, figami, peklowanymi kiełbasami i żółtym serem produkowanym przez lokalnych farmerów. A jak ser, to w duecie z lokalnym winem. Nie można opuścić wyspy, nie próbując zupy z homara – niegdyś tradycyjnego posiłku rybaków.

Lokalni mieszkańcy podkreślają też, że podobno Minorka jest miejscem, z którego pochodzi majonez. Nie brakuje tu również słodkości – w tym ensaimady – ciasta z dodatkiem smalcu, tradycyjnie wypełnionego nadzieniem z dyni, ale występującego też w wielu innych smakowych wariacjach. Za stolicę słodczy uważa się miasteczko Es Mercadal, gdzie bez trudu natkniemy się na cukiernię, w której zaopatrzymy się w lokalne smakołyki. Posileni odpowiednią dawką cukru bez problemu dotrzemy na znajdujące nieopodal miasta najwyższe wzniesienie na wyspie – Monte Toro.

Na orzeźwienie Minorkańczycy proponują pomadę – lemoniadę z ginem wytwarzanym w destylarni w stolicy wyspy Mahón (po katalońsku: Maó), mieście z jednym z największych naturalnych portów na Morzu Śródziemnym. Spacer po wąskich uliczkach Maó jest bardzo

przyjemny, a w minorkańskich sandałach (avarcas) produkowanych na wyspie i coraz bardziej rozpoznawalnych na świecie jeszcze lepszy!

TAJEMNICZE MEGALITY

Jednym z modniejszych miejsc jest usytuowana na klifie jaskinia Xorroi. Działa tu bar, a wieczorami jest dyskoteka. Miejsce jest przepięknie położone, ale jeśli ktoś nie jest zwolennikiem nocnych szaleństw, lepiej by wybrał się tu w ciągu dnia i raczej nie w weekend. W sobotnie wieczory jest tu tłoczno.

Minorka ma też swoje archeologiczne oblicze. Jest tu wiele pozostałości po prehistorycznych konstrukcjach będących śladem istnienia kultury talajockiej. Megalityczne kamienne budowle są rozsiane po całej wyspie, a kolejne czekają jeszcze na odkrycie. Talajockie dziedzictwo Minorki znalazło się na Liście Światowego Dziedzictwa UNESCO. Zainteresowani powinni zwiedzić chociażby osadę Torre d'en Galmés, taulę (sanktuarium) w Trepucó i grobowiec Naveta des Tudons. Wrażenia gwarantowane.

Będąc na Minorce, czasem trudno uwierzyć, że ciągle jesteśmy w Europie, zaledwie trzy godziny lotu samolotem z Warszawy. Przynajmniej w teorii, bo niestety z Polski brakuje lotów bezpośrednich na wyspę. Jeśli nie lecimy czarterem, jesteśmy skazani na przesiadkę, co zdecydowanie wydłuża podróż. Nie powinno to jednak zrażać, bo Minorka zachwyca każdym kilometrem kwadratowym swojej powierzchni. Gdy już tam dotrzemy, nie będziemy żałowali. ●



◀ Wyspa jest rajem dla miłośników przyrody i aktywnego wypoczynku – birdwatching, trekking, jazda konna, szlaki rowerowe, eksploracja wybrzeża w kajaku i nurkowanie są tu na wyciągnięcie ręki

fot.: Fundació Foment del Turisme de Menorca



fot.: Fundació Foment del Turisme de Menorca

▲ Zabytki archeologiczne to zdecydowanie „must see” każdego turysty. Pozostałości prehistorycznych budowli kultury talajockiej są na Liście Światowego Dziedzictwa UNESCO. Na zdjęciu: grobowiec Naveta des Tudons

► Relaks w rytmie slow i malownicze krajobrazy to znaki rozpoznawcze Minorki

fot.: Fundació Foment del Turisme de Menorca





◀ Na wyspie od czerwca do września odbywają się festiwale, których głównym elementem są popisy jeźdźców na koniach w akompaniament orkiestry. Fiasty organizowane są w miastach na cześć ich świętych patronów

fot.: Lidia Sulikowska



▲ Mahón jest miastem z jednym z największych naturalnych portów na Morzu Śródziemnym. W 1787 r. urodził się tu Mateu J. B. Orfila – ojciec toksykologii, który znalazł sposób na wykrycie obecności arsenu w organizmie człowieka

► Ciutadella urzeka średniowieczną architekturą, ale też charakterystycznymi kamienicami z zielonymi okiennicami. Warto tu przyjechać pod koniec czerwca, kiedy odbywa się festiwal Sant Joan

fot.: Fundació Foment del Turisme de Menorca

fot.: Fundació Foment del Turisme de Menorca



EPIKRYZA (131)

Mąż i żona

Rzecz stoi na ostatnim krańcu przyzwoitości – pisał krytyk z epoki. Dzieła podobne zawsze są i będą niezbędnymi młodzieży płci obojga – twierdził w prywatnych listach o swych obscenicznych utworach autor. 230 lat temu urodził się ponadczasowy skandalista polskiej literatury Aleksander Fredro. Trudno zatem nie wspomnieć komediopisarza w roku, któremu patronuje. Hrabio miły, zaczynamy!

Pacjentem był trudnym. Chorował, cierpiał i stękał. Dna moczanowa zadawała mu bolesne ciosy, a nieumiarkowanie w jedzeniu i piciu, zamiast humor poety poprawiać, wpędzało go w coraz głębszą depresję. „Zapiski starucha” różniły się więc mocno od frywolnej „Sztuki obłapiania”, cenzurowanej przez wiele pokoleń wydawców i krytyków i odważnie wydanej z rysunkami Szymona Kobylińskiego dopiero w 1990 r!

Pod koniec poprzedniego sezonu proponowałem izbową wycieczkę do Łodzi, by spojrzeć po raz kolejny na „Zemstę” w nowej realizacji Krzysztofa Jasińskiego w Teatrze Jarczaka. Jedną z pań doktor zapytała, czy jestem pewien, że na szkolną ramotę znajdę chętnych. Stereotyp tego zdania mnie zaskoczył, gdyż od kilku dekad Fredro jest jakby odkrywany de novo – jest współczesny! Realizacje „Ślubów panieńskich” w Rozmaitościach i Narodowym, „Fredraszki” na scenie przy Wierzbowej czy „Pan Jowialski” z Opanią i Malajkatem w Polonii były inscenizacjami przełomowymi. Co ciekawe, „Damy i huzaary” realizowane w moim rodzinnym Płocku są w trakcie tournée spektakli plenerowych, które gromadzą ogromną publiczność pod chmurką i kończą się długimi owacjami publiczności.

Pięć lat temu realizowałem przy współpracy z prof. Anną Kuligowską-Korzeniewską, autorytetem z Akademii Teatralnej w Warszawie i redaktorem nowych wydań komedii fredrowskich, dwie mało znane jednoaktówki „Teraz” i „Świeczka zgasła”. Jedną z seniorami z Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a drugą z utalentowanymi aktorsko licealistami. Recytacja „Pawła i Gawła” w wykonaniu kilku chórów lekarskich w Gnieźnie (Teatr Fredry), pokazywała, jak różni się indywidualne spojrzenie na świat z góry i z dołu, choć w jednym domku są przecież nasze izby.

Komedie Hrabiego od lat reklamuję jako dzieła wyłącznie dla dorosłych. Wszystkie są podszyte erotyką, a czasem nawet swoistą pornografią. Trzy akty „Męża i żony” pisane

JAROSŁAW WANECKI
PEDIATRA, FELIETONISTA



wierszem wyprzedzały balzakowskie rozważania o fizjologii małżeństwa prawie o dekadę. Obydwa dzieła spotkały się ze skrajnymi recenzjami: od oburzenia do zachwyty. Jedni przypisywali im sprośność, inni zrywający z hipokryzją opis rzeczywistości.

Fredro dla dorosłych mężów i żon – ramota sprzed dwustu lat. Znać? Znamy! –
To posłuchajcie! A nuż odnajdziecie kogoś ze waszego otoczenia

Obydwa, mimo upływu lat i wielu podobnych w wymowie dzieł, które od tamtej pory powstały, są na swój sposób wciąż aktualne.

W letni wieczór wybrałem się więc do Teatru Polonia, by zobaczyć na scenie Małgorzatę Kożuchowską (żona Elwira), Marię Dębską (Justysia) i braci Hyncar: Marcina i Jędrzeja w rolach hrabiego Waława (mąż) i Alfreda. Idąc Marszałkowską, obliczałem na palcach wcześniej oglądane realizacje i stwierdziłem, że zawsze było ciekawie. W Polskim grali na modłę lat dwudziestych. W Nowym Haniu kiewicz do finału włączył piosenkę Krzysztofa Krawczyka z muzyką Gorana Bregovicia: – Mój przyjacielu, byłeś mi naprawdę bliski... a do sypialni wszedłeś sam. W czasie pandemii

hitem teatralnej sieci był balet, tak, tak, balet „Fredriana”: „Mąż i żona” w opracowaniu Anny Hop do utworów Stanisława Moniuszki. Biletów na ten spektakl zdobyć w praktyce nie można do dzisiaj. Elwira Beaty Ścibakówny i Alfred Grzegorza Małeckiego – pamiętam jako aktorski majstersztyk, godny sceny narodowej. Na 6. Piętrze komedia miała nadkomplety i gwiazdy. Konkurencja była zatem duża, ale Krystyna Janda z reżyserską precyzją wydobyła to, co najlepsze w przesileniu opisanym rymem przez hrabiego Aleksandra.

Balzac nazwał owo przesilenie wojną domową, dodając, że obyczaj są hipokryzją narodów, a hipokryzja ta może być mniej lub więcej udoskonalona. Taka prosta fabuła, a tyle można wyciągnąć z niej wniosków. Wszyscy bohaterowie kłamią, zdradzają się wzajemnie i prowadzą podwójne życie, łącznie z zaplaczonym kamerdynerem. Inteligenci w białych rękawiczkach, pilnujący własnych interesów, przedmiotowo traktujący żony, kochanki, kochanków, mężów, pracodawców, służbę i wiejski motłoch. Igraszki. Berek. Zabawa w chowanego. Fredro dla dorosłych mężów i żon – ramota sprzed dwustu lat. Znać? Znamy! – To posłuchajcie! A nuż odnajdziecie kogoś ze waszego otoczenia. W cynicznej grze ludzi dystygowanych, wykształconych i dobrze wychowanych. ●

PO GODZINACH – BŁĄD MALARSKI

Na językach

W sztuce, być może inaczej niż w życiu, nie ma to jak skandal. Dla artysty dobrze jest być na językach: skandal niejednokrotnie przekłada się na popyt, a jeśli nawet nie generuje gotówki, to przynajmniej zapewnia miejsce w historii sztuki. „Olimpia” Maneta to sztandarowa skandalistka drugiej połowy XIX wieku. Ponad sto lat później na językach znalazła się jej imienniczka, tym razem stworzona przez Katarzynę Kozyrę.



Katarzyna Kozyra, Olimpia, 1996, depozyt w Muzeum Narodowym w Krakowie

Olimpia” Kozyry w bardzo dosłowny sposób przywołuje obraz Eduarda Maneta. Kozyra leży na łóżku w pozie Olimpii, jej nagie ciało zdobi biżuteria, za ucho włożyła kwiat. Obok niej siedzi kot, a w tle stoi kobieta z bukietem kwiatów. Scena zaaranżowana jest dokładnie jak ta u Maneta, z dbałością o szczegóły. A jednak nie jest to cytata dosłowny.

Dziewiętnastowieczna Olimpia szokowała ze względu na swoją profesję: bohaterka obrazu to kurtyzana. Nie bogini, nie bohaterka mitu, ich nagość w sztuce bowiem byłaby w 1863 roku akceptowalna. To bohaterka rzeczywistości, bezwstydnie prezentująca swoje wdzięki widzowi. Publiczność salonu, gdzie Manet wystawił płótno, nie była gotowa na konfrontację z takim tabu. Olimpia skończyła na językach.

AGATA MORKA
DOKTOR HISTORII SZTUKI



U Katarzyny Kozyry również brakuje wstydu. Brakuje tu również innych elementów: portretowana nie ma bujnych włosów, a jej ciało zachęcających krągłości. Kozyra pokazuje kobietę dotkniętą chorobą, w trakcie chemioterapii. Z brutalną szczerością pokazuje swoje własne zmaganie z ziarnicą złośliwą. Dotyka jak Manet tabu. Wyklada na światło dzienne to,

co zazwyczaj schowane: cierpienie, wycieńczenie, destrukcję ciała towarzyszącą terapii nowotworowej. Umieszcza te ciemne miejsce w centrum uwagi, bez wstydu patrzy widzowi w oczy, każąc się mierzyć z tym, co widzi.

Być może współczesna publiczność nadal nie jest gotowa na tego typu konfrontację. Polska Olimpia również skończyła na językach. ●

Rozwiązanie zagadki z „GL” 09/2023

Szczegóły różniące obrazy:

1. Zmiana kształtu jednego zegara na „płynący”. Zegary często pojawiają się na obrazach Dalego. We wcześniejszych ujęciach zdarzało się im topnieć i wyginać, na tym obrazie Dali przedstawił je jak na siebie wybitnie realistycznie.
2. Dodanie postaci starca z lewej strony charakterystycznych wąsów. Jedną z cech rozpoznawczych Dalego były jego zawinięte ku górze wąsy.
3. Dodanie podpórki pod brodę starca. W obrazach Dalego motyw podpórki pojawia się często, zatem obecność wspornika i na tym obrazie nie byłaby niespodzianką.
4. Dodanie jajka na murku po prawej stronie, na tle drzewa. Jajka są wszechobecne w sztuce Dalego. Przeskalowane figury jajek zdobią również poświęcone artyście muzeum w Figueres.



Salvador Dali, „Ogród godzin”, 1981, Fundacja Gala-Salvador Dali, Figueres

NAGRODZENI „GL” 09/2023

Voucher do Hotelu Prezydent **** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Paulina Dymek z Cudzynowic. Gratulujemy!

Nagrody dodatkowe: Maria Rykaczewska (Jagatowo), Zbigniew Morawski (Reda), Marek Załustowicz (Wrocław).

WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 16 października 2023 r.

W temacie maila należy wpisać GL10 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

- 2 noclegi dla 2 osób w apartamencie
- 2 śniadania i 2 obiady w hotelowej Restauracji Magnolia oraz uroczystą kolację dla dwojga
- pakiet 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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

Regulamin konkursu na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – POEZJA

Panika

AGNIESZKA RAUTMAN-SZCZEPAŃSKA



fot.: materiały prasowe

Laureatka XII edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii poezja.

Poetka, pisarka, rysowniczka, lekarz specjalista medycyny rodzinnej.

Autorka baśni dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Do tej pory ukazały się: „Królowa wrózek” (tekst nagrodzony w Konkursie „Książka Przyjazna Dziecku” w 2019 r.) i „Trzecie oko” oraz „Wyprawa po magiczny lek”, „Drużyna Szeptunek” oraz „Niezwyczajna podróż Aurory”, obie z ilustracjami autorki, a także „Uniwersytet Pani Bajki”, który zwyciężył w Konkursie „Najlepsza książka na zimę 2022” w kategorii dla starszych dzieci, a także otrzymał nagrodę główną XXI edycji Konkursu „Świat przyjazny dziecku”.

Jest laureatką Konkursu „Pigmalion fantastyki” (2022 r.) za opowiadanie pt. „Kwantosolarus”. Publikowała opowiadania na łamach magazynu „Biały kruke”.

W dorobku poetyckim ma cztery zbiory wierszy: „Szelest astralnych jaskółek” (1993 r.), „Święta Helisa od Neuronów” (2019 r.) i „Atlas wędrownych tęsknot” (2021 r.), a także „Wypożyczalnia słów” (2022 r.).

Jest laureatką konkursów poetyckich organizowanych przez Unię Polskich Pisarzy Lekarzy. Otrzymała także wyróżnienie w pierwszej edycji projektu SelfiePoezja, organizowanego przez Poetycką Inicjatywę – Twórczość. Otrzymała wyróżnienie w konkursie Małopolska Nagroda Poetycka „Źródło” w 2022 r. Publikowała wiersze w antologiach pokonkursowych.

Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika



ta pani zawsze zjawia się nieproszona
głośna i rozedrgana
czerwoną szminkę ma rozmazaną
jakby malowała się bez lusterka
albo po pijaku

podchodzi do mnie tak blisko
że czuję jej kwaśny oddech
wbija mi palec pod żebra
oskarżająco

gdzie jest moje dziecko?! – krzyczy
nie wiem
ja nic mu nie zrobiłam
kłamiesz – wrzeszczy
oddaj mi moją córeczkę!

nie mogę oddychać
pani K ma ciężką rękę
koliber mojego serca ucieka przed nią do gardła

Kobieta zaczyna histerycznie płakać
a jej łzy zalewają mi mózg
gdy patrzę jej w oczy

widzę już tylko rozmazane kontury
jej groteskowe rysy zmiękcza się
i nagle K się uśmiecha

drzę już nie ze strachu tylko ze wzruszenia
bo to ja jestem dzieckiem którego szuka

cii
już dobrze –
nie mam pewności kto kogo uspokaja
znów jestem mała
zajmuję się panią K najlepiej jak potrafię
po chwili zasypia mi na rękach
a ślina wycieka jej z kącika ust

jutro znów będę dorosła
i nie przyznam się do żadnej słabości

wiem jednak że jeśli za długo będę udawać
K znówu przyjdzie mnie szukać ●

PO GODZINACH – KONGRES KULTURY I HISTORII LEKARSKIEJ W OPOLU

Chóralny głos ze stolicy polskiej piosenki

JAROSŁAW WANECKI

Przez trzy wrześniowe dni byliśmy opolanami! Twórcy historycy gremialnie wybrali się nad Odrę, by pokazać, że warto inwestować w pasję i zawodową tożsamość.

Chór Prozaicy i poeci. Malarze sztalugowi w plenerach Turawy. Rzeźbiarze i ceramicy. Artyści fotografii. Kustosze i badacze dziejów lecznictwa oraz samorządu lekarzy i lekarzy dentystów. Dziennikarze biuletynów i „Gazety Lekarskiej”. Działacze komisji kultury z całej Polski i Rada Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL. Chórzyści z dziesięciu miast. Prezesi większości okręgowych izb lekarskich. Prezydium NRL. Krajowa Komisja Wyborcza en bloc. Muzycy rockowi i klasyczni. Twórcy kabaretowi. Teatromani. Kompozytor jubilat Jerzy Woy-Wojciechowski. Rodziny i przyjaciele. Wszyscy, którzy chcieli być, byli obecni. Każdy mógł znaleźć swój kawałek zainteresowań lub odpocząć w upalny dzień, słuchając festiwalowych przebojów z ostatnich 60 lat. Łącznie osiemset osób, których wspólne spotkanie zaplanowano w Teatrze Kochanowskiego podczas Lekarskiego Przeglądu Piosenki Polskiej. Koncert wart uwagi, by usłyszeć ćwierć tysiąca gardeł jednocześnie śpiewających ze Stanisławem Soyką: „Na miły Bóg / Życie nie tylko po to jest, by brać / Życie nie po to, by beczynn timerwać / i aby żyć siebie samego trzeba dać!”. I w rzeczy samej, dali z siebie wszystko: talent, czas, pieniądze, emocje i zaangażowanie. „Daleko raj, gdy na człowieka się zamykam!”.

Projekt Kongresu był z kilku powodów ryzykowny. Po pierwsze, dlatego że twórczość w wielu izbach traktowana jest po macoszemu i stanowi jedynie dodatek do aktywności, a integracja środowiska jest ostatnim z ustawowych zadań. Po drugie, organizacja całości była de facto

▲ *Otwarcie kongresu. Od lewej: kierownik Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego NIL Jarosław Wanecki, Jerzy Lach, prezes ORL w Opolu Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, Joanna Maślankowska*



fot.: Mariusz Tomczak

pospolitym ruszeniem ludzi o różnych zainteresowaniach. Dlatego postawiliśmy na tradycyjne narzędzia komunikacji, jednak realizacja ambitnego scenariusza wymagała wielomiesięcznych prób, a elementy miały połączyć się w złotej godzinie spektaklu. I tak się stało, mimo nerwowej atmosfery za kulisami obrotowa scena ruszyła niczym „Karuzela z Madonnami” z 1963 r. i porwała do oklasków zauroczoną melodiami i barwami publiczność.

Kultura jednak to nie tylko muzyka, słowa, obrazy, fotografie, taniec i rzeźba, ale sesja wprost terapeutyczna. Historia to nie tylko ciąg dat, ale też wyciąganie wniosków na przyszłość i pamięć o ludziach: mistrzach, autorytetach, geniuszach zawodów i znakach rozpoznawalnych

przez pokolenia. Kultura i historia powinny być mocnymi stronami samorządu, wentylem bezpieczeństwa psychicznego i świadectwem humanistycznych tradycji nauk medycznych.

W opolskim biuletynie Agnieszka Kania napisała epikryzę: „Na zakończenie kongresu odbył się jeszcze jeden koncert, w kościele na Górcie. Kiedy z wysokości organów zagrzmiął opolski chór lekarski, zadrżał obraz z ołtarza głównego. Święty Wojciech, któremu daleko do biskupiego przepychu – żadnych haftowanych ornatów i ciżemek obszytych jedwabiem – zakołysał się niezgrabnie. Poruszyła go sztuka lekarska”.

Nasze relacje (w tym 110 zdjęć) z Kongresu Kultury i Historii Lekarskiej na www.gazetalekarska.pl

PO GODZINACH – SPORT

Pierwszy turniej
tenisa ziemnego –
Lekarze 70+

fot.: arch. B. Orawca



◀ Tryumfatorzy turnieju z trofeami. Od lewej: Adam Pietras (III m.), Bronisław Orawiec (I m.), Lech Półński (IV m.).

2 września 2023 r. odbył się pierwszy turniej tenisa ziemnego o Puchar Burmistrza Ustronia – Lekarze 70+. Pomysłodawcą jest prof. dr hab. n. med Grzegorz Opala, a organizatorem Stowarzyszenie Rozwoju Neurologii Wieku Podeszłego przy wsparciu Komisji ds. Sportu i Rekreacji Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

Rozgrywki przeprowadzono na kortach Klubu Tenisowego Kubala w Ustroniu. Klub Sportowy „Broniek” ZLP w Chicago był reprezentowany przez Bronisława Orawca, który po zaciętych meczach wywalczył I miejsce w grach singlowych oraz zdobył Puchar Burmistrza Ustronia. ●

Lekkoatletyczne
zmagania

Za nami Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce, które zorganizowano pod koniec czerwca 2023 r. wspólnie z 33 Mistrzostwami Polski Masters. Lekarze uczestniczyli w rywalizacji w ramach MPM – kobiety od 30., a mężczyźni od 35. roku życia.

Najwięcej medali wśród kobiet zdobyła Małgorzata Stanuch-Rokicka: cztery złote (kula, dysk, młot, oszczep). Wśród mężczyzn: Julian Pelka – dwa złote (skok w dal, trójskok), srebrny (skok wzwyż), Leszek Albiniak – dwa złote (100 i 200 m), dwa srebrne (skok w dal, dysk), Ryszard Iliaszewicz – dwa złote (młot, dysk) i srebrny (kula), Marek Olszyski – dwa złote (10000 m, 3000 m przez przeszkody) i brązowy (1500 m.), Janusz Krupiewski – złoty (5000 m) i dwa srebrne (800 m, 1500 m) oraz Leszek Stecuła – złoty (100 m przez przeszkody), srebrny (trójskok) i dwa brązowe (w dal, wzwyż).

Informacje o 12. MPL i 33. MPM (wyniki, galeria zdjęć, filmy) na: <http://www.pzlam.pl> i <http://www.zawodypzwla.atp-web.eu>. ●

Julian Pelka

Rocznicowe
20. Igrzyska
Lekarskie za nami

MACIEJ JACHYMIAK



fot.: archiwum prywatne

Wielkim zainteresowaniem cieszyły się dyscypliny indywidualne. Pływalnia pękała w szwach. Rekord uczestnictwa padł na strzelnicy. Podobnie w trójskoku siłowym. W tych zawodach padł też inny rekord. Michał Pająk z Łodzi wziął w MC na sztangę 300 kg i wyrwał! Zawody, rozgrywane po kilkuletniej przerwie, zgromadziły sporą widownię, dopingującą siłaczy do późnej nocy.

Małą sensacją zakończył się turniej piłki nożnej. Po raz pierwszy zwyciężył Gdańsk. Nowa fala w lekarskim futbolu. Wśród seniorów sukces jak za dawnych lat odniosły Twarde Pierniki Toruń. Koszykówkę 5x5 i 3x3 zdominował Lublin. Niestety, kadra lekarzy przegrała prestiżowy mecz z Góralami.

W siatkówce open i u seniorów triumfowała Łódź. Do plażówki zaś zgłosiło się tyle par, że dwudniowa walka w piasku kończyła się przy świetle księżyca.

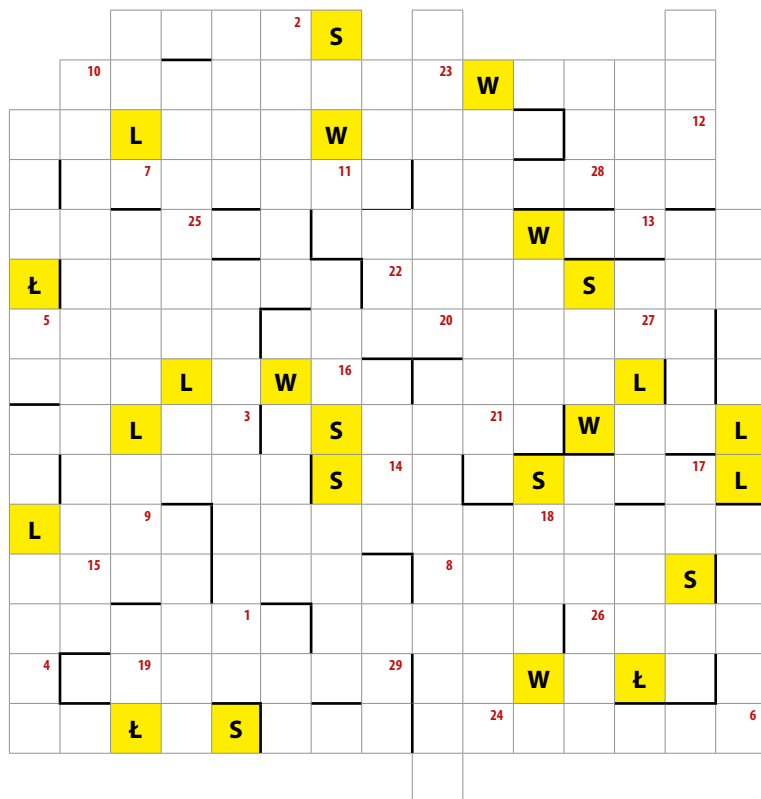
Lekkie utrudnienia dla lekkoatletów i kolarzy górskich powodowała kończąca się w COS Zakopane budowa toru łyżwiarskiego. Jednak przedstawiciele królowej sportu i tak poprawili kilka swoich rekordów. Ich tabelę, opracowaną przez Juliana Pelkę (Toruń) można obejrzeć na stronie www.igrzyskalekarskie.org. Podobnie indywidualną klasyfikację medalową 20-lecia przygotowaną przez Leszka Stecułę (Bytom). Na igrzyskach rozdano ponad 1200 medali. ●

Ogłoszenia

JOLKA LEKARSKA 288



Wydawnictwo Lekarskie PZWL
to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.
Z kodem PZWL19 wszystkie książki drukowane
zamówione na www.pzwl.pl 19 proc. taniej!



Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: L, Ł, S i W. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie staropolskie.

Hasło należy przesać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres: jolka@gazetalekarska.pl do 20 września 2023 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* moczowód (łac.) * palestyńska organizacja terrorystyczna * półwysep z Pulą * między kadmem a cyną * korona papieża * ośrodek, część kolumny * bezpieczeństwa, obeszładniający * prawdziwe (?) imię Mieszka I * narodowy trunek Chorwacji * cromolyn sodium * dziurawy szwajcarski * namiot z okrągłą areną * skóra (łac.) * główne ramię delty Renu * nasz napastnik Arkadiusz * widoczna obwódka (usg) * odkrył indukcję EMC * pakt międzynarodowy * zimnica, febra * imię żony Batorego * prezent * dwoinka np. rzeźczki * trzecie miasto Francji * metalowy łącznik * etylowy do narkozy wziewnej * koniec wyścigu lub przerzut * ujawnienie aktywności wirusa * polskie Tuwima * natarcie, ostrzał * powinowactwo do jodu * obecnie Taurida * hiszpańska Agnieszka * nigeryjski złoty * przezskórne wewnętrzznacyniowe usunięcie zmian miażdżycowych * smutas, mruk * dążenie do wyzwolenia narodowego * żelazoporfiryne * George Bernard, dramaturg irlandzki * rządy kapłanów * czerniak pospolity * dar * lśniąca tkanina * zagłębianie się rzepki pod wpływem ucisku * drzewo na fładze

Libanu * najechali Brytanie * zwój nerwowy * ulubiona żona Mahometa * dawny kiermasz dobroczynny * toksyczny alkaloid z tojadu * słoweński poprzednik euro * pokarm * excrementum * pierwszy premier demokratycznych Węgier (1990-93) * bardzo drobny węgiel kamienny * wrodzony brak otworu w tęczówce (łac.) * wielki ogród kwiatowy w Lisie * zakopiański rzeźbiarz * wazopresyna * mosiądz czerwony * filmowy uwodzień * mieszkanie Sverige * duża głośna papuga * imię Kwiatkowskiej * destylat Łukasiewicza * z Machaczkałą * siedmiopiętrowy świat energii subtelnych * araby, ardeny, tarpany * owulacja

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 286 („GI” nr 07-08/2023)
Mów tylko o tym, na czym naprawdę się znasz

Nagrody otrzymują:

Julia Wierzbicka (Kraków), Paulina Więcaszek (Gorlice), Lucyna Petryk (Gdynia), Krzysztof Piotrowski (Katowice), Katarzyna Pieruska (Racibórz).

Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

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

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Gazeta Lekarska dla członków
izb lekarskich bezpłatna

Nakład: 181 370 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski,
Karolina Kowalska, Klaudiusz Komor,
Maria Kłosińska, Ryszard Golański,
Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica,
Anna Wojda, Mariusz Tomczak

Redakcja

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

Karolina Kowalska

(redaktor naczelna)
karolina.kowalska@nil.org.pl

Anna Wojda

(sekretarz redakcji)
anna.wojda@nil.org.pl

Lidia Sulikowska

(dziennikarz)
tel.: (22) 633 755
l.sulikowska@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.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak
tel.: 698 297 739
ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt okładki

Michał Trusz

Projekt

Michał Trusz

Skład

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Eurodruk-Poznań Sp. z o.o.

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji, 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).



