

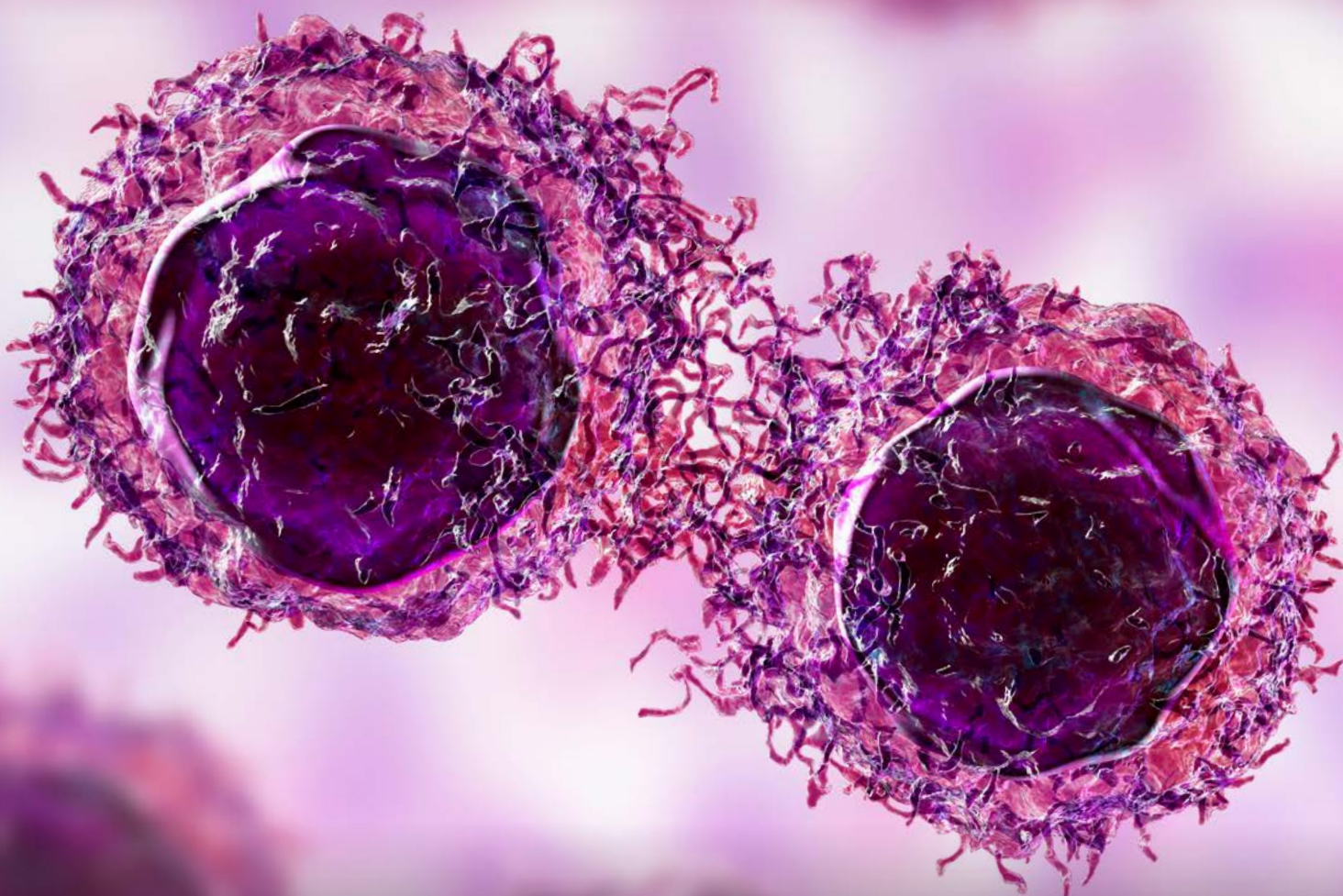
WAŻNY TEMAT: LEKARZ MA PRAWO DO OBRONY



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

11 | 2022



TEMAT NUMERU

DRYFOWANIE

Co nie pozwala szpitalom odbić się
od finansowego dna?



14

Lekarz ma prawo do obrony

54

Zapach Parkinsona



28 Konflikt?

SAMORZĄD

- 4 Lekarzu, oczekuj od swojej izby (Łukasz Jankowski)
- 6 O tym się mówi

TEMAT NUMERU

- 8 Fakty
- 9 Dryfowanie
- 12 Sonda

SAMORZĄD

- 14 Lekarz ma prawo do obrony
- 18 Skąd ta zmiana?
- 22 Sieć innowatorów NIL IN
- 26 Okręgowe izby lekarskie
- 28 Konflikt?

PRAWO I MEDYCyna

- 32 Złamanie tajemnicy lekarskiej w sądzie
- 33 Zmiany w podatku od spadku i darowizn
- 34 Nazwa spółki cywilnej
- 36 Dane o pacjencie dla ubezpieczyciela
- 38 Jak nie dać się NFZ
- 40 Ruszamy z akcją

PRAKTYKA LEKARSKA

- 42 O szansach na zwiększenie finansowania (Paweł Barucha)
- 43 Bakterie sprawiają, że komórki raka trzustki rosną
- 44 Światowy Parlament Stomatologiczny 2022
- 47 Z całego świata do Olsztyna
- 48 Interdyscyplinarność i bezpieczeństwo
- 50 Wiedza zapisana w kościach
- 51 Badania, które zmieniły myślenie o człowieku
- 52 Szkolenia stacjonarne, a nie zdalne
- 54 Zapach Parkinsona
- 57 Historyczna zmiana we władzach OZZL?
- 58 Opieka koordynowana – do realizacji daleko
- 60 Co ustalono na berlińskim szczycie WMA?
- 62 O zdrowiu w Kajetanach

PO GODZINACH

- 64 Jakość to będzie (Sławomir Badurek)
- 65 mediateka@nil.org.pl (Jarosław Wanecki)
- 66 Nieśmiertelni, czyli fabryka narządów zamiennych (cz. II)
- 69 Zjazdy koleżeńskie
- 70 Na ucho
- 72 Kultura
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

OD REDAKCJI



Marta Jakubiak
Redaktor naczelna

ZMIENIAMY SIĘ

Już w przyszłym roku dokonają się zmiany, jakich jeszcze nie było. W pierwszym półroczu 2023 r. trzy numery papierowej „Gazety Lekarskiej” zostaną wysłane do Państwa jak dotychczas, a siedem będzie przekazanych na nowych zasadach: wszystkie osoby w wieku 70+ otrzymają wersję papierową, pozostali – elektroniczną. Ale każdy, kto woli czytać „Gazetę Lekarską” w wersji drukowanej, będzie mógł ją otrzymać bez względu na wiek. Są zwolennicy i przeciwnicy tego rozwiązania. Ale to dobrze, że zdania są podzielone, bo ta hybryda zakłada, że każdy otrzyma to, co chce mieć. Wystarczy zgłosić: chcę wydanie papierowe, chcę „e-Gazetę Lekarską” lub chcę obie wersje. Nikt nikomu niczego nie będzie zabierał ani narzucał. Można mieć wszystko. Redakcja nadal pracuje na najwyższych obrotach. ■■■

SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Zmiana wysokości składki wzbudziła poruszenie w naszym środowisku. I słusznie. Bo każdy lekarz powinien wiedzieć, za co płaci, i ma prawo wymagać. Samorząd lekarski jest dla lekarzy, izby powinny mieć takie cele i tak je realizować, byśmy mieli poczucie, że składka nie jest kosztem, a inwestycją.

Pewnie kilka lat temu, gdy izby kojarzyły mi się z aktywnością skupioną na balach dla działaczy czy wycieczkach dla wtajemniczonych, uśmiechnąłem się w reakcji na takie stwierdzenie. Ale teraz, gdy samorząd podchodzi coraz ambitniej do swojej roli, a rządzący coraz śmielej próbują dzielić nasze środowisko i antagonizować relację lekarz-pacjent oraz forsują wbrew nam nieracjonalne pomysły dotyczące nas i warunków naszej pracy – uśmiechu nie ma.

Do podniesienia składki przymierzano się w poprzedniej kadencji, ale nie zdecydowano się na taki ruch przed wyborami. Na Krajowym Zjeździe Lekarzy pomysł podwyżki również przesunięto – zobowiązano „nowych” do zmierzania się z tematem. Potrzeba urealnienia składki, której wysokość – mimo zdecydowanej zmiany realiów – od 8 lat była taka sama, jest czymś dość logicznym. Wielu z Państwa zadaje sobie jednak pytanie: dlaczego tak dużo? Co do wysokości kwoty, Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do okręgowych izb lekarskich o rekomendacje oraz proponowała, by poszczególne OIL-e przedstawiły swoje plany. Kluczowa powinna być w tej sytuacji transparentność działań, która należy się każdemu lekarzowi zrzeszonemu w danej izbie. 90 proc. składki trafia do „okręgówek”, odpis dla NIL po decyzji o jego obniżeniu, którą podjęliśmy na ostatnim KZL, wynosi 10 proc. Rekomendacje były różne, decyzją członków Naczelnej Rady Lekarskiej pod głosowanie poddany



Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

LEKARZU, OCZEKUJ
OD SWOJEJ IZBY

został projekt uchwały z kwotą 120 zł. Oznacza to przede wszystkim, że w ręce okręgów oddana została ogromna odpowiedzialność za nasze środowisko.

By wymagać od izb, zacznijmy od ich roli. Inna jest rola okręgowej izby lekarskiej, inna naczelnej. W okręgach zrzeszeni są członkowie, którzy muszą czuć bliskość i otwartość swojej izby. Zwłaszcza teraz powinni oczekiwać więcej niż administrowania i wypełniania ustawowych obowiązków. Powinni móc liczyć na wsparcie prawne, interwencję rzecznika praw lekarza, zapomogę, wsparcie psychologiczne, udział w programach i projektach, na przestrzeń do realizacji i rozwijania lekarskich inicjatyw, na warsztaty i szkolenia na najwyższym poziomie. Nie bójmy się zgłaszać do naszych okręgów. Możemy sobie ponarzekać na forach dyskusyjnych, ale komunikat

najlepiej kierować bezpośrednio do adresata. Jestem przekonany, że po zmianach w składce każda izba, która faktycznie

chce zadbać o swoich członków, będzie udowadniała, jak bardzo przydaje się lekarzom. Biorąc pod uwagę analizy specjalnie powołanego zespołu, który zajmował się kwestią składki, trudno byłoby uwierzyć, że przy tak dużej inflacji izba poradziłaby sobie bez podwyżki. Raczej nie przewiduję scenariusza, że izba chciałaby ograniczyć się do samego istnienia. Bo wtedy mogłaby być oceniona przez lekarzy po prostu jako niepotrzebna.

Czy OIL przydaje się każdemu lekarzowi? Nie. Tu i teraz z pewnością nie każdemu. Być może 50-letniemu specjalście, któremu zawodowo świetnie się wiedzie, nie przejdzie przez myśl zgłaszanie się

do izby po jakiegokolwiek wsparcie. Ale może wsparcie będzie mu potrzebne na emeryturze, gdy dotknie go trudna losowa sytuacja. Z wsparcia skorzysta mobbingowany lekarz rezydent czy lekarka w ciąży, wobec której pracodawca łamie prawo. Z wsparcia skorzysta lekarz lub

lekarz dentysta potrzebujący pomocy organizacyjno-prawnej w założeniu własnej praktyki bądź nieradzący sobie z wypaleniem zawodowym. Na różnych etapach lekarskiej drogi izba odgrywa inną rolę. Część izb z pewnością sama z siebie spełnia oczekiwania lekarzy, ale zapewne są obszary lub izby, gdzie niestety bez dobrego wyrażania oczekiwań nie dzieje się wiele. Więc oczekujemy otwarcie i wprost. A po co jest Naczelna Izba Lekarska? Od NIL należy oczekiwać reprezentowania środowiska lekarskiego na zewnątrz. Skuteczności w zderzeniu z politycznymi rozgrywkami, inicjowania bądź blokowania zmian w prawie, skutecznego lobbowania w sprawie warunków pracy, godnych wynagrodzeń, działań na rzecz lepszego systemu ochrony zdrowia, walki o prestiż i szacunek dla naszego zawodu. Często są to karkołomne zabiegi, wymagające zaangażowania mnóstwa energii i dobrych narzędzi. Szyld NIL daje nam mandat do działań w imieniu środowiska. I nie wahamy się z tego mandatu korzystać. ■■■

**„
Jestem
przekonany,
że po zmianach
w składce każda
izba, która
faktycznie chce
zadbać o swoich
członków, będzie
udowadniała, jak
bardzo przydaje
się lekarzom.**


Renata Jeziółkowska

Rzecznik prasowy NIL

KSZTAŁCENIE

Przedmiotem szerokich medialnych, ale też wspomnianych politycznych komentarzy stało się pismo skierowane przez szefa NRL do prezesów okręgowych rad lekarskich, poruszające kwestie przygotowania do wykonywania zawodu. Rozpoczęcie nowego roku akademickiego to przyczynek do wielu publicznych dyskusji na temat kształcenia kadr medycznych w Polsce, „produkcji lekarzy”, poziomu kompetencji i przygotowania systemu pod względem m.in. miejsc stażowych, rezydentur, warunków pracy.

W związku z rozpoczęciem rekrutacji na studia medyczne przez uczelnie, które nie uzyskały pozytywnej opinii w wyniku postępowania akredytacyjnego Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA) oraz przez uczelnie, które nie są w stanie zapewnić właściwego standardu nauczania medycyny z uwagi na brak kadry naukowej oraz baz klinicznych, proponuję wprowadzenie obowiązkowej procedury wynikającej z art. 11 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. niedostateczne przygotowanie zawodowe) przy rozpatrywaniu wniosków o przyznanie prawa wykonywania zawodu składanych przez absolwentów tych uczelni.

Fragment pisma prezesa NRL do prezesów ORL

O TYM SIĘ MÓWI

PREZES DO PREZESA

Sporo słów – komentowanych w mediach jako atakujące lekarzy i samorząd lekarski – padło ze strony prezesa partii rządzącej. Chodzi m.in. o reakcję Jarosława Kaczyńskiego na wątpliwości NIL względem jakości kształcenia na nowych kierunkach lekarskich na uczelniach niemedycznych. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej reagował również na inną wypowiedź prezesa PiS, którą ocenił jako antagonizującą lekarzy i pacjentów.

BRAKI KADROWE

O kadrach medycznych dużo mówi się w odniesieniu do warunków leczenia w publicznej ochronie zdrowia. Pojawiały się analogie – gdy pacjent krwawi, należy zlokalizować źródło krwawienia i próbować je zatamować, a nie jedynie przetaczać mu krew.

Zgodnie z doniesieniami medialnymi o Pana wypowiedzi (...) sugerującej, że lekarze narażają pacjentów na utratę zdrowia poprzez odracanie w sposób świadomy udzielania świadczeń zdrowotnych, uprzejmie proszę o wskazanie lekarzy, którzy dopuszczają się opisanych przez Pana praktyk. Tego typu sytuacje stanowią bowiem podstawę do wszczęcia postępowania m.in. przed organami odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarskiego. Pragnę również podkreślić, że z dostępnych samorządowi lekarskiemu informacji wynika, że niemal we wszystkich przypadkach, przedłużony czas oczekiwania pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym jest skutkiem wadliwej konstrukcji systemu ochrony zdrowia, niedoboru koniecznego finansowania oraz kadr medycznych w sektorze publicznym.

Pismo prezesa NRL do prezesa PiS

FAKTY TVN:

„To nie lekarze są odpowiedzialni za to, jak dziś wygląda system ochrony zdrowia. My jesteśmy częścią tego systemu i bardzo prosimy polityków o to, żeby na poważnie wzięli się za reformę ochrony zdrowia”.

Łukasz Jankowski, prezes NRL

„Mamy za mało specjalistów pracujących w sektorze publicznym. To jest, że tak powiem, clou problemu, bo lekarzy mamy tuż poniżej europejskiej średniej już, nie licząc tych nowych naborów. Mamy problem taki po prostu, że lekarze nie chcą pracować w systemie publicznym”.

Jakub Kosikowski, członek NRL

(NIE)DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ, KOLEJKI

Przedstawiciele NIL w wywiadach w kontekście kolejek podkreślali niewydolność generującego je systemu. Zwracano uwagę na rosnący dług zdrowotny i coraz częstsze sytuacje, gdy pacjenci rezygnują z prywatnej opieki zdrowotnej, co często oznacza rezygnację z opieki zdrowotnej w ogóle. Retoryka zrzucająca odpowiedzialność za błędy systemowe na lekarzy spotykała się z natychmiastowymi reakcjami samorządu.

PROBLEM Z DOSTĘPNOŚCIĄ LEKÓW

W telewizji, radiu, prasie i internecie ukazało się wiele programów, audycji i artykułów dotyczących braków lekarstw w aptekach. Alarmowali o tym i pacjenci, i lekarze. Przytaczane były wypowiedzi lekarzy z NRL, jak również tezy zawarte w stanowisku podjętym przez Prezydium NRL.

(...) Prezydium NRL wskazuje, że jakiegokolwiek próby i pomysły reglamentowania leków, zawężania ich wskazań terapeutycznych niezgodnie z obowiązującą charakterystyką produktu leczniczego, segregowania pacjentów na tych, którzy lek mogą kupić i tych, którym nie powinien być ordynowany,

budzą uzasadniony prawnie i etycznie sprzeciw.

Fragment stanowiska Prezydium NRL w sprawie problemów z dostępnością leków w Polsce
Pełna treść:



SPRAWY SAMORZĄDOWE

Media branżowe informowały o zmianach w wysokości składki członkowskiej, o zmianach personalnych m.in. na stanowiskach prezesów w dwóch okręgowych izbach lekarskich. Przytaczano gratulacje przedstawicieli samorządu dla nowych władz OZZL, gdzie wybrzmiewało znaczenie silnego głosu środowiska i niezgody na trzeszczącą rzeczywistość. Wśród wątków podnoszonych w mediach pojawiała się także potrzeba zaktualizowania Kodeksu Etyki Lekarskiej, który powinien przystawać do realiów. Prace nad zmianami już się rozpoczęły.

Już dziś w przestrzeni publicznej pojawiają się informacje o możliwych, niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem pacjentów sposobach przeznaczenia tych środków. Samorząd lekarski stanowczo podkreśla, że zdrowie obywateli nie powinno być obszarem, którego kosztem podejmowane będą próby rozwiązania problemów gospodarczych kraju.

Fragment stanowiska NRL w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw
Pełna treść:



ZMIANY W USTAWIE O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY

W komentarzach dot. propozycji projektowanych zmian samorząd podkreśla, że wprowadzenie ich de facto będzie skutkowało znacznym zmniejszeniem ilości środków, jakie Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł przeznaczyć na leczenie pacjentów. Naczelna Rada Lekarska w wydanym w tej sprawie stanowisku oceniła planowane zmiany jako oburzające.

OPIEKA KOORDYNOWANA?

Reforma spotyka się z surowymi ocenami środowiska lekarskiego, które wskazuje na niespójność między tym, co znajduje się na papierze, tym co prezentowane jest na konferencjach prasowych, a rzeczywistością. Lekarze zwracają uwagę, że ogłaszanie w mediach sukcesów nie ma odzwierciedlenia w przychodniach.

O ZDROWIU SZEROKO POJĘTYM

Do Naczelnej Izby Lekarskiej każdego dnia trafiają pytania i prośby z różnych redakcji dotyczące rozmaitych aspektów związanych ze zdrowiem – z ochroną zdrowia, chorobami, profilaktyką, warunkami leczenia czy sytuacją medyków. Odpowiadamy, organizujemy wywiady, wypowiadają się lekarze z samorządu, rzecznik prasowy, cytowane są wystąpienia mające miejsce na konferencjach i kongresach. Dbamy o to, by samorząd lekarski był opiniotwórczy, a ta rubryka jest jedynie niewielką pigułką tego, co dzieje się z udziałem samorządu w mediach i w przestrzeni publicznej. Więcej niż papier mieści internet – zachęcamy więc do śledzenia działań i aktywności NIL, które można obserwować na naszej stronie internetowej i na naszych profilach w mediach społecznościowych.

BEZPIECZEŃSTWO LECZENIA

Wprowadzenie systemu opartego na idei no-fault niezmiennie jest jedną z priorytetowych kwestii dla samorządu lekarskiego. W mediach nawiązujemy do rekomendowanych rozwiązań oraz informujemy o postępach prac nad powstającym w Naczelnej Izbie Lekarskiej projektem ustawy wprowadzającym prawdziwe no-fault. Odnosimy się również do projektu tzw. ustawy o jakości, co do którego lekarze mają szereg zastrzeżeń, zwracając uwagę, że ma on jedynie udawać no-fault.

NIL I INNOWACJE

Wystartowaliśmy z nowym projektem. Założenia NIL IN – Społeczności Lekarzy Innowatorów zostały zaprezentowane podczas konferencji z udziałem ekspertów, praktyków i pomysłodawców przedsięwzięcia. Projektowi towarzyszyło duże zainteresowanie mediów, zaciekał on także użytkowników portali społecznościowych, przede wszystkim nastawionego na tego rodzaju tematykę serwisu LinkedIn (Więcej na str. 22 „GL”). W ramach cyklu wydarzeń organizowanych przez Centrum Innowacji i Telemedycyny odbyła się konferencja „Jak poprawić bezpieczeństwo i komfort pacjenta, dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych dzięki wykorzystaniu telemedycyny”, współorganizowana z Fundacją Telemedyczna Grupa Robocza.

4,5 roku

licząc od 1 stycznia 2023 r., będzie obowiązywał nowy wykaz placówek, które zakwalifikowały się do tzw. sieci szpitali. Miejsce w niej gwarantuje 585 szpitalom ciągłość finansowania dzięki umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia, choć oczywiście nie w stopniu pozwalającym na zachowanie dobrej kondycji finansowej. Sieć powstała w 2017 r.

50%

minimum tyle punktów z każdego działu standardów będą musiały uzyskać szpitale w ramach akredytacji Ministerstwa Zdrowia (według projektu ustawy o jakości). Obecnie mogą ją otrzymać szpitale, które w działach związanych z bezpieczeństwem pacjenta, takich jak poprawa jakości, kontrola zakażeń oraz zabieg i znieczulenia, uzyskują 29 proc. możliwych punktów.

20 mln zł

miesięcznie, po uwzględnieniu wszelkich dodatkowych pieniędzy otrzymanych bądź obiecanych do połowy października z NFZ (m.in. w nowych wycenach związanych z wprowadzonymi od lipca podwyżkami wynagrodzeń), brakowało 23 placówkom zrzeszonym w Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego.

4 lata

potrwa kadencja wizytatora, który będzie przeprowadzał przegląd akredytacyjny w szpitalu. Zasadą będzie przeprowadzanie przeglądów przez co najmniej dwie takie osoby. W planowanym przez Ministerstwo Zdrowia korpusie wizytatorów mają być m.in. osoby posiadające co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Planuje się wprowadzić możliwość cofnięcia udzielonej akredytacji w przypadku niespełnienia standardów po dokonany przeglądzie.

FAKTY

Najbliższe miesiące to dla szpitali czas trudnego wiązania końca z końcem, m.in. z uwagi na rosnące koszty spowodowane podwyżkami płac oraz cen energii czy gazu. W tle wyłaniają się zmiany, które podniosą poprzeczkę. Nowe regulacje to dla szpitali dodatkowe obciążenia finansowe.

21 działań

represyjnych wobec osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane wymienia projekt ustawy o jakości. Są to m.in.: odmowa nawiązania stosunku pracy, wstrzymanie awansu, pominięcie przy przyznawaniu innych niż wynagrodzenie świadczeń związanych z pracą lub obniżenie ich wysokości, przeniesienie pracownika na niższe stanowisko, zawieszenie w wykonywaniu obowiązków pracowniczych lub służbowych, negatywna ocena wyników pracy lub negatywna opinia o pracy. Ich stosowanie będzie zakazane.

43

szpitalom na Dolnym Śląsku NFZ zwiększył kontrakty na okres od lipca do grudnia br. w związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia i zmianami w wycenie części świadczeń i procedur. Łącznie chodzi o 370 mln zł. Dyrekcja deklaruje, że środki trafią m.in. do pracowników na umowach cywilnoprawnych.

14

szpitali w woj. lubelskim otrzyma w ramach specjalnego mechanizmu restrukturyzacyjnego dodatkowe środki finansowe, które pozwolą na osiągnięcie progu 16-proc. wzrostu wartości umów z NFZ na II półrocze 2022 r., np. szpital w Janowie Lubelskim do czerwca 2023 r. dostanie ok. 2,8 mln zł dodatkowego wsparcia. Pieniądze będą przeznaczone głównie na pensje.

0,5 mln zł

miesięcznie brakuje szpitalowi w Mławie (woj. mazowieckie) po wejściu w życie obowiązku wynikającego z ustawy o kształtowaniu najniższych wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia. Załataniu dziury pomogą dodatkowe środki z NFZ. Budżet może się zbilansować po wzroście wycen niektórych świadczeń.

ANALIZA

DRYFOWANIE

Szpitala mają mnóstwo problemów, zwłaszcza finansowych. Problem ma też władza. Wybory za niecały rok, a sytuacja nie zmieniła się na tyle, by można było pochwalić się przełomem w szpitalnictwie. Na razie trwa dryfowanie ku temu, co nieznane.



Mariusz Tomczak

Dziennikarz

Wydaje się bardzo wątpliwe, by w odbiorze społecznym ochrona zdrowia została wskazana jako obszar polityki państwa, w którym w ostatnich latach dokonała się „dobra zmiana”. Oczywiście można podawać przykłady, że tu i ówdzie mamy do czynienia z postępem, ale ogólny rzut oka na publiczne szpitalnictwo nie napawa optymizmem.

Długo można by spierać się, na ile jest to wina wieloletnich zaniedbań lub zaniechań, a na ile sił wyższych, takich jak np. wciąż trwająca pandemia. Mówiąc w największym skrócie – przełomu nie ma, mimo że połowa środków wydawanych na zdrowie trafia do szpitali, a właśnie zakończył się siódmy z rzędu rok rządów PiS. To staje się coraz bardziej problematyczne dla obozu władzy.

BIZNES CZY POSŁANNICTWO?

W ciągu ostatnich trzech miesięcy prezes PiS Jarosław Kaczyński (którego słowa należy traktować jak papierek lakmusowy) parokrotnie odnosił się do sytuacji w ochronie zdrowia. Za każdym razem kąśliwie i z właściwą sobie dezynwolturą. To znamienne tym bardziej, że w czasie ponad 30-letniej kariery politycznej niewiele mówił na ten temat. Na początku października ubolewał, że lekarze, „nie jacyś wybitni specjaliści”, mają kontrakty po 70 tys. zł, a „za chwilę” zaczną zarabiać po 120 tys. zł, choć pacjentom z sepsą i 40-stopniową gorączką „każą siedzieć przez kilkanaście godzin na zydłu” w SOR. We wrześniu dał do zrozumienia, że „trzeba złamać” wpływowe grupy traktujące służbę

zdrowia jako biznes, a nie „posłannictwo”. Z kolei pod koniec lipca oznajmił, że nie ma nic przeciwko, by „naprawdę wybitny” lekarz zarabiał 60-80 tys. zł miesięcznie pod warunkiem, że pracuje tylko w jednym miejscu. Ostatnio zapowiedział zwołanie specjalnej konferencji partyjnej, na której dojdzie do prezentacji „programu zmian” w ochronie zdrowia.

NARRACJA WYWOŁUJE ROZGORYCZENIE

Wypowiedzi szefa PiS szybko obieły media. W środowisku lekarskim zawrzało, ponieważ budowana jest narracja, że rząd dwoi się i troi, m.in. zwiększając nominalne nakłady na ochronę zdrowia, ale naprawa publicznego lecznictwa jest blokowana przez samych lekarzy, którzy chcą zarabiać więcej i więcej, a na rządowe propozycje zmian odpowiadają, że nie będą „niewolnikami”. Nadaktywność prezesa Jarosława Kaczyńskiego w tematyce ochrony zdrowia wskazuje, że kampania przed przyszłorocznymi wyborami parlamentarnymi, formalnie rozpoczynająca się z dniem ogłoszenia postanowienia prezydenta o ich zarządzeniu, de facto już się toczy. Szef PiS obawia się, że sytuacja w szpitalach, które stanowią newralgiczną część publicznej ochrony zdrowia, może stać się ważnym elementem sporu w kolejnych miesiącach, a obecna władza nie ma spektakularnych osiągnięć w reformowaniu tych placówek, co może wpłynąć na niekorzystny wynik przy urnach i przechylić szalę zwycięstwa na korzyść opozycji. Nie da się całej winy przeznaczyć na pandemię. Nic dziwnego, że snuje

opowieści o nieposkromionym apetycie lekarzy. Zapomina o tym, że jego partia ma liczne narzędzia do zmiany sytuacji w ochronie zdrowia. Od dawna.

7 LAT OD PRZEJĘCIA WŁADZY

25 października minęło dokładnie 7 lat od wyborów parlamentarnych w 2015 r., które utorowały PiS powrót do władzy. W tym czasie trzech ministrów próbowało mierzyć się z poprawą sytuacji w sektorze szpitalnictwa. Najwięcej działań, abstrahując od tego, na ile okazały się słuszne, podjął Konstanty Radziwiłł, który m.in. przeforsował ustawę o sieci szpitali. Łukasz Szumowski dokonywał zmian ad hoc pod wpływem walki z COVID-19. Nierzadko była to demolka skutkująca dezorganizacją funkcjonowania placówek i frustracją medyków, choć intencje były odmienne. Obecny szef resortu Adam Niedzielski miał szczerzy zamiar przeorania publicznego szpitalnictwa znacznie bardziej niż ministrowie Radziwiłł i Szumowski razem wzięci, ale

wycofał się ze swoich zamiarów. Kilka tygodni temu przyznał, że nie docenił oporu wobec planowanych zmian zarówno ze strony samorządowców, jak również posłów i działaczy PiS.

Resort odchodzi od finansowania ryczałtowego.

Głosu tych ostatnich nie mógł zlekceważyć, mimo że reprezentują perspektywę lokalną, a czasami polityką zdrowotną w ogóle się nie zajmują.

NOWY KIERUNEK ZMIAN

Od niedawna minister Niedzielski w trakcie różnych spotkań i wywiadów opowiada

o pracach nad nową wersją projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Szczegółów nie znamy, ale kierunek zmian – już tak. Zapowiadane go trzęsienia ziemi podobno nie będzie. Ważne zmiany systemowe nastąpią, ale w mniejszym zakresie, niż wynikałoby to z wersji projektu sprzed ok. 10 miesięcy. Wprawdzie przy dokonywaniu oceny (kwalifikacji) publicznych placówek mają być wykorzystywane te same wskaźniki ekonomiczno-finansowe, które przewidziano wcześniej, ale pod uwagę prawdopodobnie zostanie wzięty 2023 r., a nie, jak się do niedawna wydawało, miesiące tytanicznej walki z COVID-19, co część placówek doprowadziło do paraliżu, a to z kolei skutkowało niezrealizowaniem całego kontraktu z NFZ. Pierwsza kwalifikacja nastąpi w 2024 r.

FUNDUSZ ZAMIAST AGENCJI

Nie będzie bezpośredniej ingerencji w zarząd szpitali. Resort wycofuje się z pomysłu ustanawiania pełnomocników w placówkach o najgorszej sytuacji finansowej. Zniknie niezwykle rygorystyczny zapis związany z posiadaniem odpowiednich kwalifikacji przez dyrektorów szpitali, który w krótkim czasie mógłby doprowadzić do wymiany wielu, o ile nie większości z nich. Zdaje się, że nie powstanie Agencja Restrukturyzacji Szpitali, budząca ogromne obawy z uwagi na szerokie kompetencje i możliwość daleko idącej ingerencji w działalność placówek. Zamiast ARS zostanie powołany Fundusz Modernizacji i Poprawy Efektywności Szpitalnictwa, który ma finansować tworzenie planów rozwojowych lub naprawczo-rozwojowych, wspomagać szpitale w ich realizacji, przekazywać środki na przeprofilowanie placówek oraz dysponować pieniędzmi na wsparcie w ramach postępowania restrukturyzacyjnego. To oznacza, że pojawią się zachęty do łączenia oddziałów szpitalnych, ich przeprofilowania albo „wymiany” oddziałów między placówkami położonymi niedaleko siebie. Dla placówek w najgorszej kondycji finansowej restrukturyzacja będzie dobrowolna, a nie, jak pierwotnie chciał minister, obowiązkowa. To również ogromna zmiana.

NO-FAULT NIE BĘDZIE

Wiele kontrowersji, głównie w kontekście rozwiązań odwołujących się do systemu no-fault, ale w istocie dalekich od oczekiwań samorządu lekarskiego, wywołuje

projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jest procedowany od dawna, a w połowie października trafił do komisji prawniczej. Minister Niedzielski od dłuższego czasu nie pozostawiał złudzeń, że spełnienie postulatów NRL jest niemożliwe, bo stanowiłoby to „uprzywilejowanie” zawodu lekarza. W publicznej dyskusji o projekcie ustawy o jakości na pierwszy plan wysuwa się kwestia no-fault, ale zawiera on także wiele innych rozwiązań mogących wpływać na pracę personelu medycznego w szpitalach – zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio.

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

Każdego lekarza, czy to pracującego w ramach umowy o pracę, czy na kontrakcie, powinien żywo zainteresować fakt, że po uchwaleniu nowych przepisów pojawi się wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, składający się z, jak czytamy w projekcie, „zasad, procedur, metod, narzędzi, opisów stanowisk pracy, personelu oraz relacji pomiędzy nimi”. Ma dotyczyć monitorowania zdarzeń niepożądanych, ich zgłaszania, prowadzenia systematycznej analizy i wdrażania wniosków z niej płynących w celu zapobiegania wystąpieniu podobnych zdarzeń w przyszłości. Wszystkie szpitale z mocy prawa zostaną zobowiązane do omawiania wniosków z analizy z personelem i wdrożenia ich do codziennej praktyki. Na ile wpłynie to na pracę lekarzy, czas pokaże, a że tak będzie, nie ma najmniejszych wątpliwości. Za nieprawidłowe prowadzenie systemu czy niezgłoszenie zdarzenia niepożądanego prezes NFZ może nałożyć karę finansową.

AUTORYZACJA I AKREDYTACJA

Jeśli ta ustawa wejdzie w życie, pojawi się wymóg obowiązkowej autoryzacji dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych. To byłby zupełnie nowy system oceny zgodności szpitali z wymaganiami Ministerstwa Zdrowia i NFZ (tzw. wymaganiami koszykowymi). W ramach autoryzacji będzie weryfikowane spełnianie wymogów dla personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. To zapowiedź baczniejszego przestrzegania tego, co przewidują przepisy ustawy o świadczeniach oraz towarzyszących jej aktów wykonawczych. Autoryzacja będzie wydawana co

STAŁA CENA?

1 grudnia może wejść ustawa, dzięki której szpitale do końca 2023 r. zapłacą stałą cenę za prąd. Jeśli tak się stanie, niezależnią się od rynkowych wahań cen energii elektrycznej, które rosły jak szalone m.in. w związku z rosyjską agresją na Ukrainę. Dyrektorzy szpitali z pewnością ucieszą się z rządowej ustawy, bo to dla nich koło ratunkowe, ale dla pracowników to śmiech przez łzy, bo za takie ingerencje wszyscy zapłacą później w cenach w sklepie. Nie ma przecież czegoś takiego jak darmowe obiady.

NOWA SIEĆ

585 szpitali znalazło się w nowym wykazie placówek zakwalifikowanych do sieci szpitali (czyli systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Będzie obowiązywał od 1.01.2023 r. do 30.06.2027 r. Placówki, które znalazły się w sieci, są podzielone według sześciu poziomów systemu zabezpieczenia (od najbardziej podstawowych procedur medycznych po leczenie wysokospecjalistyczne).

SOR-Y

Planowane są zmiany w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Pojawił się pomysł, by realizowały ją placówki posiadające szpitalny oddział ratunkowy. Taka miałaby być generalna zasada, a dopiero w sytuacji, gdyby na danym terenie nie było SOR-u, NŚOZ mógłby realizować inny szpital.

pięć lat przez prezesa NFZ. Z obligatoryjną akredytacją nie należy mylić dobrowolnej akredytacji, czyli systemu zewnętrznej oceny jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. Cel: potwierdzenie spełniania standardów akredytacyjnych, co dotychczas leżało w gestii Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a po wejściu w życie ustawy zajmie się nim NFZ. Wymagania wobec szpitali wzrosną. Wprowadzone będą dodatkowe warunki przyznawania akredytacji i pojawi się możliwość jej cofnięcia w przypadku niespełnienia standardów po przeglądzie akredytacyjnym. Zupełną nowością w publicznym szpitalnictwie będzie konieczność przeprowadzenia badania opinii i doświadczeń pacjentów związanych z pobytem w szpitalu. Formularz ankiety opracuje resort zdrowia.

ATMOSFERA PRZESZYTA NIEPEWNOŚCIĄ

Spoglądając na polskie szpitalnictwo, można odnieść wrażenie, że ostatnie lata to czas niepewności regulacyjnej i niedostatku środków finansowych. Zresztą często jedno wiąże się z drugim. Po dojściu PiS do władzy trwa nieustanna dyskusja o kierunku zmian w zakresie organizacji opieki zdrowotnej. Medyków, pracowników niemedyceńskich i pacjentów frustruje dowiadywanie się z mediów o kolejnych pomysłach na polepszenie sytuacji, co jest przeplatane z wprowadzaniem nowych przepisów i apelowaniem o dodatkowe środki finansowe. Atmosfera przeszła brakiem stabilności w miejscu pracy wpływa na morale przynajmniej części lekarzy. Także na tych, którzy niedawno weszli do zawodu i od razu dostrzegają, że finansowa kołdra jest zdecydowanie za krótka, a znaki zapytania wszechobecne. Tak naprawdę nie wiadomo, w którą stronę zmierza sytuacja w szpitalnictwie. Kilka lat temu resort zdrowia przekonywał, że finansowanie ryczałtowe jest lekiem niemal na całe zło. Pacjenci mieli na tym zyskać, lekarze też. Od pewnego czasu oficjalnie komunikowanym kierunkiem strategicznym jest jednak odchodzenie od niego. Okazuje się, że ryczałtowy model finansowania podobno nie motywuje szpitali do zwiększania liczby świadczeń, choć kilka lat temu z ówczesnych kręgów rządowych dochodziły odmienne głosy.

ZA DUŻO PERSONELU?

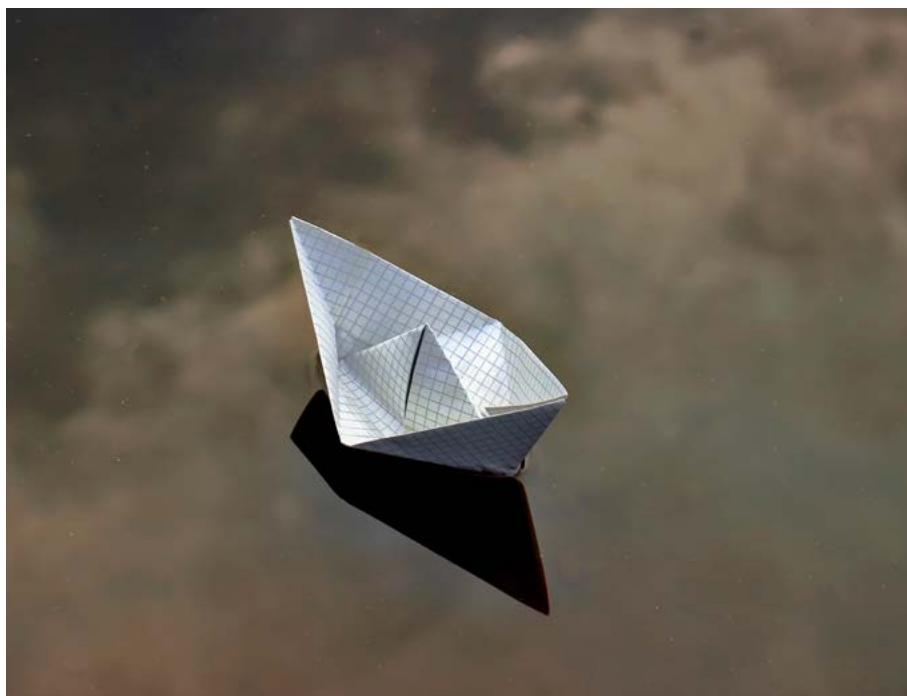
Część placówek nieustannie spotyka się z zarzutami o niedopasowanie kosztów do liczby pracowników, a także do skali i zakresu leczenia. Niby nic nowego, ale za czasów ministra Niedzielskiego krytyka przybrała na sile. Niedawno podniesiono wyceny niektórych świadczeń, z czego miały zostać sfinansowane m.in. podwyżki wynagrodzeń medyków. Tym razem pieniądze nie były „znaczone”. Jak się nietrudno domyślić, uderzyło to w placówki mające relatywnie liczną kadrę, a mało pacjentów. Z samego faktu zatrudnienia większej liczby lekarzy i pielęgniarek nie musi wynikać, że szpital jest źle zarządzany, a lekarze siedzą w dyżurkach, zamiast przebywać przy łóżkach pacjentów, a jednak Ministerstwo Zdrowia skrupulatnie liczy, jak przychody przekładają się na poszczególnego członka personelu. Z szacunków resortu wynika, że realizacja ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wymagała wzrostu kontraktów o 16 proc. Po podniesieniu wycen nie wszystkie szpitale mogły w ten sposób pokryć koszt ustawowych podwyżek. Przez 10 miesięcy (do czerwca 2023 r.) część z nich może otrzymać dodatkowe wsparcie finansowe pod warunkiem przygotowania „mapy drogowej”, uwzględniającej analizę ekonomiczną, organizacyjną i kadrową. Cel: zrównoważyć koszty i przychody. Teraz jest marchewka, później będzie kij?

NIESPRZYJAJĄCE OTOCZENIE

Szpitale mierzą się z drożyzną i mało sprzyjającym otoczeniem gospodarczym. Ostatnie lata przyzwyczaiły Polaków do stosunkowo niewielkiego wzrostu cen, a tymczasem odczyty inflacji nie chcą się zatrzymać. We wrześniu inflacja wyniosła 17,2 proc. (rdr), najwięcej od 25 lat. W ochronie zdrowia skala wzrostów cen jest jeszcze wyższa. Rosnące koszty funkcjonowania publicznych lecznic stają się coraz większym wyzwaniem. W kolejce po podwyżki ustawiają się kolejni pracownicy, co dodatkowo wpływa na kondycję finansową małych i dużych placówek. Zdarza się, że firma wypowiada szpitalowi kontrakt, za co płaci karę umowną, po czym ponownie bierze udział w przetargu, oferując cenę wyższą o połowę. Z uwagi na wzrost kosztów materiałów i prac budowlanych problematyczne stają się dokończenie remontów i planowanie modernizacji oddziałów. Z powodu podwyżek stóp procentowych koszt obsługi kilkudziesięciomilionowego długu przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie, największej lecznicy w naszym kraju, wzrósł do 3-4 mln zł miesięcznie, choć jeszcze niedawno wynosił 0,5-1 mln zł. Podobne przykłady można mnożyć.

HYBRYDA DUSI LECZNICE

W Polsce mamy do czynienia z sytuacją niepozwalającą szpitalnictwu trwale odbić się od finansowego dna. Otoczenie, w którym działają, stanowi hybrydę wolnego rynku i centralnego planowania. Z jednej strony firmy nastawione na zysk dostarczają towary i usługi do szpitali. Swobodnie może być też kształtowany poziom kontraktów zawieranych m.in. z lekarzami czy pielęgniarkami. Z drugiej – publiczny płatnik decyduje, ile i za co zapłaci, a wycena świadczeń i procedur medycznych ma się nijak do ponoszonych kosztów. Publicznym szpitalom w Polsce na zmianę podawana jest kropłówka finansowa i zastrzyki w formie dotacji czy subwencji. Mają one różne nazwy, ot, choćby „instrument restrukturyzacyjny” (pomysł ministra zdrowia sprzed kilku tygodni). To pomaga przetrwać, ale bez podjęcia odważnych działań, w tym m.in. urealnienia wycen świadczeń i procedur, a także trwałego powiązania ich z sytuacją panującą na rynku, placówki nie staną na nogi. Chyba że obecny system zostanie pogrzebany żywcem i zastąpiony innym.



Otoczenie, w którym działają szpitale, stanowi hybrydę wolnego rynku i centralnego planowania.

Sonda

To jest trudny czas dla szpitali. Plany Ministerstwa Zdrowia nie podobają się wielu lekarzom. Resort chce odstąpić od części swoich pomysłów w nowej odsłonie projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Co na to dyrektorzy?



Izabela Marcewicz-Jendrysik

Dyrektor Warszawskiego Szpitala dla Dzieci,
członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali

Rzeczywistość, w jakiej aktualnie funkcjonują podmioty lecznicze, jest szczególna, bo osadzona na spolaryzowanych filarach. Nastąpiły trudne czasy. Dotychczasowa debata publiczna, dyskurs podczas rozlicznych konferencji, dotyczyły w szczególności finansowania świadczeń zdrowotnych. Koncentrowano się zatem wokół sfery przychodowej działalności medycznej.

Wskazywano na konieczność wzrostu wyceny świadczeń zdrowotnych, wskazywania wybranych procedur medycznych, choćby w odniesieniu do różnych kategorii wiekowych. Przypisać należy, że w ostatnim czasie zmieniła się w tym zakresie część regulacji, ale wciąż istnieje poczucie niedosytu. Wygląda na to, że pomimo istotnego dla systemu wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, przejawiającego się we wzroście wyceny świadczeń, w stosowaniu rozmaitych wskaźników korygujących dla wybranych grup usług, żadna z tych zmian nie gwarantuje szpitalom zbilansowania działalności. Dzieje się to za sprawą m.in. bardzo dużej dynamiki wzrostu kosztów materiałów, usług i kosztów pracy, co niewątpliwie jest pokłosiem wysokiej inflacji i kryzysu geopolitycznego i gospodarczego. Mamy do czynienia ze zjawiskiem, w którym tempo wzrostu przychodów



Zbyt mało uwagi poświęca się stronie kosztowej.

nie jest symetryczne do tempa wzrostu kosztów. Czas zatem przyjrzeć się i temu drugiemu wymiarowi działalności podmiotów leczniczych. Zdecydowanie zbyt mało uwagi poświęca się stronie kosztowej działalności szpitali. Po wejściu w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, niestety nie wszyscy zadowolili się uposażeniem ustawowo gwarantowanym, a użyte w ustawie pojęcie „minimalnego wynagrodzenia” skłania wręcz do ubiegania o wyższe uposażenie, tyle tylko, że szpitali na wyższe stawki nie stać. Dyrektorzy szpitali niemal każdego dnia otrzymują podania z żądaniami płacowymi reprezentantów różnych zawodów i nierzadko dochodzi do sytuacji, w której oczekiwane wynagrodzenie przewyższa poziom wyceny świadczeń zrealizowanych przez te osoby. W mojej opinii, w obliczu tak trudnych warunków, przy zjawisku konkurencji szpitali na rynku ofert pracy, warto byłoby rozważyć wprowadzenie systemowych regulacji mających na celu powiązanie możliwego poziomu wynagrodzenia z wyceną świadczeń, którą oferuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Bez tej regulacji rynek pracy będzie wciąż stymulowany i nakręcany, a o osiągnięciu równowagi ekonomicznej można zapomnieć. Analizując rynek, można zauważyć, że prowizje, np. za pośrednictwo w dostawie towarów do szpitali, często są gigantyczne.



Leszek Stanisław Kliś

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala
Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie

Obecnie wiele mówi się o wzroście opłat za energię elektryczną, ale przez ostatnie dwa lata mocno poszybowało w górę także wiele innych cen. Koszt wywozu odpadów medycznych wzrósł pięciokrotnie. Ceny wszystkich usług zewnętrznych rosły m.in. z powodu podniesienia płacy minimalnej. Znacząco zdrożały leki i materiały medyczne.

W górę poszły opłaty za gaz i wodę. Swoje dołożyła inflacja. Ostatnio chyba nie było dnia, by któraś z firm dostarczających usługi lub towary do naszego szpitala, nie zwracała się o zmianę wartości kontraktu. Podniesienie wartości współczynnika korygującego nie pokryło dodatkowych kosztów z tytułu wzrostu cen. Kwestie finansowe to nie wszystko. Dla szpitali bardzo istotną kwestią są skutki pandemii COVID-19, z którymi będziemy borykać się jeszcze przez dłuższy czas. Są takie placówki, jak np. CSK MSWiA w Warszawie, które nie są w stanie „uzbierać” całej kadry, bo część lekarzy i innych medyków w trakcie przekształcania jej w szpital covidowy przez kilkanaście miesięcy znalazła sobie inne miejsce pracy. W ostatnich dwóch latach z naszego szpitala także odeszła część personelu. Wielki problem mieliśmy zwłaszcza w zawodach pomocniczych. Można powiedzieć, że uratowali nas obywatele Ukrainy, którzy obecnie w naszej placówce wykonują większość „rzeczy pomocowych”. Braku kadr medycznych nie da się szybko rozwiązać, co z kolei przekłada się na standard świadczenia opieki szpitalnej. Powrót do czasu sprzed pandemii stanowi wielkie wyzwanie dla wielu szpitali.



Dr Jerzy Friediger

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego w Krakowie, były członek
Prezydium NRL

Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że kłopoty finansowe szpitali wynikają ze złego zarządzania. Prawda jest inna – to skutek chronicznego niedofinansowania. Najgorsza sytuacja jest w szpitalach powiatowych, tzw. pierwszego zabezpieczenia, utrzymujących całodobową gotowość.

To kosztuje.

To również jeden z powodów, dla którego w kraju jest niewystarczająca ilość oddziałów zakaźnych czy pediatrycznych, które w okresie jesienno-zimowym są pełne, a latem puste, mimo że trzeba je utrzymywać przez cały rok. W miarę dobrze mają się szpitale jednoprofilowe i wysokospecjalistyczne, które o godz. 15.00 mogą przestać przyjmować pacjentów, a także placówki stawiające na kardiologię, o której wyceny zadbało kilku ministrów zdrowia. Zapomina się, że szpitale nie funkcjonują w normalnym obrocie go-

Kwoty wycen są brane spod dużego palca.

spodarczym i mają inny koszyk inflacyjny. Ci, z którymi szpitale zawierają umowy m.in. na transport, wyżywienie, usługi pralnicze czy ochronę, mają prawo dostosować cenę do ponoszonych kosztów, ale my nie. W niektórych placówkach w tym roku ceny energii elektrycznej wzrosły nawet o 600 proc. Spodziewamy się, że koszt badań laboratoryjnych wkrótce może wzrosnąć nawet ok. 40 proc. Dyrektorzy szacują inflację dotyczącą szpitali na ok. 30 proc., a to jeszcze nie koniec, bo od nowego roku wzrasta płaca minimalna. Gdy tylko do tego dojdzie, nasi kontrahenci zwrócą się z wnioskami o uwzględnienie tego faktu. Jeśli powiemy, że nie zapłacimy, oni po prostu nie dostarczą usług. Jesteśmy zdani na to, co daje NFZ i co wyliczy AOTMiT. Jeśli wokoło rosną ceny, rosną też koszty ponoszone przez szpitale. Dostosowywanie cen świadczeń medycznych do możliwości płatnika to obłędna droga, bo faktycznie ponoszonymi

kosztami nikt się nie przejmuje. Wyceny świadczeń medycznych w rzeczywistości nie są żadnymi wycenami. Kwoty są brane spod dużego palca. Ostatnio zadaliśmy pytanie AOTMiT, ile w ujęciu procentowym w każdej złotówce przekazywanej szpitalom przeznaczono na pokrycie skutków inflacji i wzrost płac pracowników ochrony zdrowia. Na razie nie uzyskaliśmy odpowiedzi.



Andrzej Sokołowski

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali
Prywatnych, sekretarz Europejskiej Unii Szpitali
Prywatnych

Od kilku lat słyszymy o poważnych zmianach, ale wciąż nie wiemy, jaka będzie polityka rządu wobec sektora szpitalnictwa. Niepokoją nas plany jego centralizacji i kolejne doniesienia o tym, że nie ma wystarczających środków finansowych w systemie.

W sektorze publicznym nadal nie prowadzi się przechodzenia na leczenie w ramach procedur jednodniowych, czyli tych najtańszych, co w większości stanowi normę w szpitalach prywatnych. Dla pacjenta nie ma znaczenia, kto jest właścicielem placówki medycznej.

We Francji, gdzie każdy szpital dopuszczony do funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia ma dostęp do środków publicznych, pieniądze idą za pacjentem, który samodzielnie decyduje o wyborze placówki, biorąc pod uwagę swoje potrzeby i oczekiwania. W związku z tym, że przy wyborze szpitala decyduje jakość świadczonej opieki, pacjent idzie do placówki, w której pokłada większe zaufanie do personelu, ma z niej bliżej do domu, jest tam bardziej miękkie łóżko i lepsze posiłki. U nas tak zrobić nie może. Cały świat rozumie, że sektor prywatny w ochronie zdrowia musi istnieć, a tymczasem w Polsce bywają ministrowie, którzy nie widzą potrzeby jego istnienia i głośno o tym mówią. Zapomina się, że zdecydowana większość placówek POZ jest niepubliczna, podobnie jak większość placówek AOS. Ministerstwo Zdrowia przypomina sobie o nas, gdy brakuje łóżek, tak jak w trakcie kluczowych momentów walki z COVID-19. Tymczasem to obecność konkurencji wskazuje kierunek odpowiedniego traktowania pacjenta i pomaga skrócić jego ścieżkę leczenia.



Piotr Nowicki

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu,
wcześniej m.in. dyrektor w SPSK nr 1 we Wrocławiu

Modernizacja i jakość to dwa trochę inne i odrębne zagadnienia. Nie można oczekiwać od szpitali jednoczesnego podnoszenia jakości, co wiąże się z ponoszeniem dodatkowych nakładów finansowych, oraz restrukturyzacji, która ma zmniejszać koszty. Jakość kosztuje i to często dużo, a próba podniesienia jej na wyższy poziom jest wyjątkowo trudna w sytuacji kryzysu kadrowego i finansowego.

Oczywiście w ochronie zdrowia wszystko powinno zmierzać w kierunku podnoszenia jakości i to jest bardzo dobry kierunek. Trzeba tylko pierw ustabilizować bieżącą sytuację podmiotów. Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa z założenia dotyczy tylko szpitali, a tym samym odrywa je od całego systemu opieki zdrowotnej. Obawiam się, że po wprowadzeniu w życie zaproponowanych w nim zmian może dojść do defragmentacji w całym systemie. Restrukturyzacja

Jakość kosztuje i to często dużo.

jednostki bez uwzględnienia jej otoczenia może nie być skuteczna. Wiele osób tak jakby zapomniało o pandemii, podczas gdy w ochronie zdrowia nadal odczuwa się jej skutki. Z powodu COVID-19 przez długi czas szpitale zmagają się z podwójnym wysiłkiem. Nie da się przez dwa lata pracować w zwirowanym trybie, walcząc z czymś, co niespotykane i niespodziewane, a potem z miesiąca na miesiąc powrócić do wcześniejszej działalności. Mimo tych nieoczekiwanych wyzwań, oczekiwania wobec szpitali nie zmniejszyły się, wręcz się zwiększają. Dość powiedzieć, że w ostatnim tygodniu w naszym szpitalu było jednocześnie sześć różnych kontroli. Nieustannie zmieniają się przepisy dotyczące funkcjonowania szpitali – pojawiają się zmiany w ustawach i kolejne rozporządzenia, czy to w zakresie przepisów sanitarnych, zasobów kadrowych, czy też cyberbezpieczeństwa.

Lekarz ma prawo do obrony

Pierwszego Rzecznika Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej powołano w 2010 r. [uchwałą NRL], kiedy nagminne stały się przypadki agresji pacjentów i ich rodzin wobec przedstawicieli tego zawodu. Tego rodzaju ataki z roku na rok nasilają się, za nimi podąża lawina nieprawdziwych informacji w mediach szkalujących lekarzy, a wraz z powszechną dostępnością do internetu pojawił się hejt i groźby, np. ze strony antyszczepionkowców.



Lucyna Krysiak
Dziennikarz

Do niebezpiecznych zachowań wobec medyków zalicza się też mobbing w miejscach pracy i łamanie przez pracodawców przepisów Kodeksu pracy. Instytucja Rzecznika Praw Lekarza stała się więc nie tylko potrzebna, ale wręcz pożądana.

ZACZĘŁO SIĘ OD „ŁOWCÓW SKÓR”

Zamysł powołania instytucji broniącej lekarzy zrodził się jednak znacznie wcześniej – kiedy w 2001 r. w łódzkim pogotowiu wybuchła afera „łowców skór”. W głośnym na całą Polskę procesie dotyczącym handlu informacjami pogotowia ratunkowego o zgonach pacjentów z pewną firmą pogrzebową skazano dwóch sanitariuszy i dwóch lekarzy, ale afera skaziła całe środowisko. Pavulon, za pomocą którego skazani uśmiercali najciężiej chorych

w karetkach pogotowia i czerpali zyski z informacji o ich zgonach, długo wzbudzał strach wśród pacjentów i podsycił generalną wrogość w stosunku do personelu medycznego. Odium tego wydarzenia przez lata ciągnęło się nie tylko w pogotowiu i w szpitalach, ale także w przychodniach.

– To było nie do zniesienia. Lekarze na każdym kroku słyszeli o aferze i pavulonie. Praktycznie każde niezadowolenie ze strony pacjentów kończyło się obelgami i oskarżeniami, że niosą śmierć zamiast ratować życie – wspomina ten czas Grzegorz Krzyżanowski, wówczas prezes ORL w Łodzi i Rzecznik Praw Lekarza NIL VIII kadencji samorządu lekarskiego. Mówi, że codziennie do izby zwracali się lekarze z prośbą o pomoc, ale nie było możliwości jej udzielenia. – Aby zdobyć instrumenty umożliwiające obronę niesłusznie oskarżanych lekarzy, postanowiłem powołać w łódzkiej izbie biuro prasowe i prawnicze, będące zapleczem dla nowo powołanego Rzecznika Praw Lekarza OIL w Łodzi. Został nim wówczas nieżyjący już łódzki kardiolog prof. Andrzej Żebrowski, który – mając do dyspozycji prawników – mógł oficjalnie reagować na te skargi – tłumaczy Grzegorz Krzyżanowski. Podkreśla,

że wytyczona przez łódzką izbę ścieżka postępowania sprawdziła się także na szczeblu centralnym. Jako przykład przytacza sprawę lekarki z Nowego Sącza, którą reprezentował w sądzie jako Rzecznik Praw Lekarza NIL (lekarka została uniewinniona). Sąd, mimo że nie miał obowiązku, dopuścił rzecznika do udziału w rozprawie, licząc się z jego argumentami popartymi opiniami prawników NIL.

Lekarzy skarżących swoich prześladowców zaczęło przybywać, a pandemia COVID-19 sprawiła, że personel medyczny pracujący w szpitalach covidowych stał się obiektem hejterów. – Namierzenie autorów obelżywych treści i gróźb zamieszczanych w mediach społecznościowych było praktycznie niemożliwe, ale powoli zaczęliśmy ich identyfikować i pociągać do odpowiedzialności, jednak skala zjawiska jest tak duża, że były to pojedyncze przypadki – przyznaje Grzegorz Krzyżanowski, dodając, że w tym czasie ratunkiem było zaktywizowanie znajomych hejtowanych lekarzy, by w ramach przeciwwagi zamieszczali prawdziwe opinie o prześladowanych medykach. Jednak internet to medium nieprzewidywalne, przestrzega więc lekarzy przed wrzucaniem do sieci zdjęć z wakacji, imprez, z prywatnych spotkań, które nakręcają spiralę hejtu.



NIE JEDEN, A CZTERECH RZECZNIKÓW

Wzorem OIL w Łodzi, z czasem po kolei zaczęto powoływać rzeczników praw lekarza w większości izb okręgowych. Tylko kilka izb nie zdecydowało się dotychczas na ten krok. W Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej w Poznaniu od kwietnia br. funkcję tę pełnią cztery osoby. Jacek Zabielski jest Rzecznikiem Praw Lekarza Dentysty, Mateusz Szulca - Rzecznikiem Praw Młodego Lekarza, Stanisław Dzieciuchowicz - Rzecznikiem Praw Lekarza Seniora, a Marcin Karolewski reprezentuje pozostałą grupę wiekową lekarzy.

- Liczymy na to, że w obecnej, rozbudowanej strukturze organizacyjnej, wypracujemy bardziej skuteczny model działania, ponieważ obserwujemy wzrost liczby lekarzy potrzebujących naszej pomocy - zaznacza Marcin Karolewski. Ma temu służyć utworzenie przy WIL kancelarii Rzecznika Praw Lekarza, która będzie stanowić instytucjonalne zaplecze dla działalności rzeczników. Efekty tego rodzaju rozwiązań już są. Kiedy starosta z Piły zaatakował na Facebooku grupę lekarzy z tamtejszego szpitala (także okazał się hejterem), bezpośrednie spotkanie zorganizowane przez

przedstawicieli Prezydium ORL WIL w obecności prawników z pokrzywdzonymi lekarzami doprowadziło do postawienia staroście prokuratorskich zarzutów. Sprawa jest w toku.

- Nawiązaliśmy współpracę z kancelarią prawną z zewnątrz, która zajmuje się m.in. obroną wizerunku w sieci, przeszliśmy wspólne szkolenie, które pozwoliło nam zgłębić temat i rozeznać się w procedurach związanych ze ściganiem tego rodzaju przestępstw, ale też dowiedzieliśmy się, jakich narzędzi używać w sytuacjach, kiedy dochodzi do bezpośrednich konfliktów, np. oszczerstw ratownika wobec lekarza (mieliśmy taką sprawę) - tłumaczy Marcin Karolewski. Do rzeczników praw lekarza tej izby trafiły także skargi na pracodawców od rezydentów. Nierzadko sygnalizowanym przez nich nadużyciem ze strony przełożonych jest delegowanie do pracy w innym oddziale niż przewidyuje program specjalizacji, najczęściej do SOR-u, co jest niezgodne z § 1 ust. 1

Jesteśmy uczeni, by koncentrować się na prawach pacjenta, zapominając, że lekarz też ma swoje prawa i ich łamanie narusza jego dobre imię, a często też jego prywatność.

umowy zawieranej z Ministrem Zdrowia na refundowanie kosztów zatrudnienia rezydentów. Po interwencji rzecznika praw lekarza ośrodek, w którym miało miejsce takie zdarzenie, może zostać zobowiązany do zwrotu środków przekazanych przez resort zdrowia na kształcenie lekarzy, może też utracić miejsca szkoleniowe.

- Każda sprawa jest

inna i naszą rolą jest rozpatrywanie ich indywidualnie. Wciąż szukamy nowych rozwiązań, choćby poprzez współpracę z izbą adwokacką - mówi Marcin Karolewski. Nadmieniam, że w sprawach, w których rzecznik wraz z prawnikami nadają im bieg formalny, np. poprzez wystosowanie oficjalnego pisma do prokuratury czy do pracodawcy, któremu lekarz stawia zarzuty o popełnienie czynu zabronionego, muszą otrzymać odpowiedź na piśmie, a to już oznacza, że mają one charakter urzędowy, co daje podstawę do kontynuacji postępowania.

PRZEKONAĆ, ŻE MAJĄ WSPARCIE

Lekarze, którzy doświadczają hejtu związanego z groźbami pozbawienia życia, mają prawo do ochrony tak jak każdy funkcjonariusz publiczny, ale często o tym nie wiedzą. W wielu regionach kraju w środowisku medycznym wciąż pokutuje pogląd, że może lepiej nie ujawniać takich spraw, ponieważ i tak niewiele z tym można zrobić. W Okręgowej Izbie Lekarskiej w Białymstoku Rzecznik Praw Lekarza został powołany w minionej kadencji. Funkcję tę powierzono prof. Marzenie Wojewódzkiej-Żeleznikowicz oraz prof. Monice Choraży. Prof. Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz widzi potencjał w tej decyzji. Wprawdzie dotychczas trafiło do rzecznika niewiele skarg od lekarzy ze względu na doświadczanie hejtu, agresywnego zachowania ze strony pacjentów i ich rodzin, czy mobbingu w miejscu pracy, ale to nie odzwierciedla prawdy na temat tego zjawiska. Poszkodowa-

ni często nie wiedzą jeszcze, że mają wsparcie ze strony samorządu lekarskiego, a w osobie Rzecznika Praw Lekarza sprzymierzeńca w przeciwdziałaniu tego rodzaju zjawiskom, i dlatego nie zgłaszają się do niego po pomoc. – Jesteśmy na etapie docierania z tą informacją do lekarzy potrzebujących pomocy i przekonania ich, że mogą ją uzyskać – mówi prof. Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz i dodaje, że są to trudne sytuacje, szczególnie jeśli dotyczą bezpośrednich kontaktów lekarza z pacjentem, a także lekarza z innym lekarzem bądź z pracodawcą, który np. podważa jego kompetencje, a często w sporze brakuje dowodów poza zeznaniami poszkodowanego. Uważa jednak, że lekarze, widząc, że w innych izbach rzecznicy reagują na skargi ich kolegów i podejmują skuteczne działania w ich obronie, przestaną godzić się na uwłaczające im zachowania i zaczną się ujawniać. Przytacza jedną ze spraw, w której niesłusznie skazano lekarke za popełnienie błędu medycznego

i interwencji izby białostockiej w jej sprawie u Rzecznika Praw Obywatelskich. – Jesteśmy uczeni, by koncentrować się na prawach pacjenta, zapominając, że lekarz też ma swoje prawa i ich łamanie narusza jego dobre imię, a często też jego prywatność – konkluduje prof. Marzena Wojewódzka-Żeleznikowicz.

KONTRAKTY, SPRAWY REFUNDACYJNE...

O pomoc do rzeczników praw lekarza zwraca się coraz więcej lekarzy zatrudnionych w niepublicznym sektorze ochrony zdrowia. Ujawnianie kulisów konfliktów lekarzy z pacjentami czy z pracodawcami nie leży w interesie tych często dużych i renomowanych lecznic, bywa więc, że

dbałość o wizerunek firmy dzieje się kosztem zatrudnionych tam lekarzy.

– To ślepa uliczka, ponieważ nasi poszkodowani często nie mają żadnych dowodów na popełnienie wobec nich nadużyć, a nie zawsze mamy skuteczne narzędzia, aby je uzyskać. Musimy więc

działać dyskretnie i delikatnie – zaznacza Wojciech Witkiewicz, Rzecznik Praw Lekarza w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie.

Jedna ze spraw, w którą zaangażował się RPL tej izby, dotyczyła kontroli NFZ. Lekarz obawiał się, że lecząc chorych nie do końca zgodnie z zasadami refundacji, zostanie przez fundusz obciążony karą finansową, mimo że konsultant krajowy w tej określonej specjalności wydał pozytywną opinię na ten temat. Izba zadziałała w tym wypadku prewencyjnie, zapewniając mu opiekę prawną w przypadku, gdyby NFZ chciał go ukarać. – To nie są rzadkie sytuacje, kiedy lekarz chce leczyć pacjenta zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, a preparat nie jest refundowany i musi wybierać między ratowaniem zdrowia i życia pacjenta, a konsekwencjami z tego tytułu – przekonuje Wojciech Witkiewicz. Osobną grupą zwracających się o pomoc do RPL są lekarze zatrudnieni na kontraktach (m.in. w sprawie dyżurów, zejść po dyżurze czy urlopów). Wiele takich

spraw RPL konsultuje z członkami komisji ds. nieprawidłowości w ochronie zdrowia działającej w OIL w Szczecinie i z biurem prawnym, ustalając wspólny kierunek działania.

W RANDZE ORGANU

Rzecznicy praw lekarza w okręgowych izbach lekarskich występują w obronie indywidualnych i zbiorowych interesów lekarzy. W obecnej kadencji Rzecznikiem Praw Lekarza NIL została Monika Potocka, która pełniła tę funkcję w poprzedniej kadencji w OIL w Warszawie. – Będę dążyć do tego, aby instytucja RPL została usankcjonowana w taki sposób, by zyskać uprawnienia na wzór takich, jakie posiada Rzecznik Praw Pacjenta. Trwają prace nad zmianą zapisów w projekcie ustawy o izbach lekarskich i liczymy na to, że ta zmiana spowoduje, iż Rzecznik Praw Lekarza stanie się organem izby lekarskiej – wyjaśnia Monika Potocka. Obecnie RPL NIL działa wyłącznie na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej. Żeby skutecznie działać, rzecznik praw lekarza skorzystał z innej furtki, jaką było pełnomocnictwo udzielone mu przez okręgową radę lekarską. Pozwalało to na reprezentowanie lekarzy przed organami administracji publicznej. Pomysł z pełnomocnictwem zrodził się w warszawskiej izbie. Monika Potocka zaznacza, że jako RPL NIL będzie zmierzać do tego, aby wszystkie okręgowe izby lekarskie miały swojego rzecznika i przekonywać o takiej konieczności wszystkich prezesów izb. – Bardzo ważna jest koordynacja działań rzecznika NIL z izbami okręgowymi, wspólne szkolenia oraz dzielenie się doświadczeniem. Chciałabym, żeby rzecznicy regularnie spotykali się w Naczelnej Izbie Lekarskiej i współpracowali ze sobą dla dobra całego środowiska, co otworzy zupełnie nowy etap w ich pracy – podsumowuje Monika Potocka. ■■■

RZECZNICY PRAW LEKARZA NIL:

Krzysztof Kordel (2010-2014)

Zbigniew Brzezina (2014-2018)

Grzegorz Krzyżanowski (2018-2022)

Monika Potocka (2022-2026)

SKĄD TA ZMIANA?

Od nowego roku składka członkowska dla lekarzy i lekarzy dentystów wzrośnie do 120 zł/miesięcznie. Stażyści mają uiszczać połowę tej kwoty [tj. 60 zł], a całkowicie zwolnione z opłacania składek będą osoby po ukończeniu 70. r.ż.

Mariusz Tomczak *Dziennikarz*

Kwestia podnoszenia składek członkowskich nie przejdzie bez echa. Starsi lekarze mówią, że tak jest za każdym razem. I trudno się temu dziwić, bo chodzi o pieniądze, a te zawsze budzą ludzkie emocje. Tak jest od wieków.

PODZIELONE OPINIE

Kiedy kilka tygodni temu pisaliśmy o pracach toczących się w samorządzie lekarskim nad opracowaniem szczegółów dotyczących podwyższenia składki, w internecie zawrzało. Pod artykułem z portalu internetowego www.gazetalekarska.pl, który udostępniono na grupie dyskusyjnej Porozumienia Rezydentów na Facebooku, w 4 dni pojawiło się ok. 420 komentarzy. Co się okazało? Część lekarzy nie jest zadowolona z dokładania się do funkcjonowania izb. Nie wszyscy zdają sobie sprawę, jak rozległe zadania stoją przed samorządem na mocy ustawy o izbach lekarskich. Inni nie tyle kwestionują fakt, że istnieje składka, co mają bardzo duże oczekiwania wobec działalności samorządu. Ba, niektórzy zadeklarowali, że chętnie dokładaliby więcej, gdyby OIL podejmowały szereg innych inicjatyw, a NIL byłaby bardziej skuteczna, np. w lobbowaniu za wcielaniem w życie pomysłów zgłaszanych przez środowisko (ot, choćby systemu no-fault).

SPRZECZNE OCZEKIWANIA

Problem w tym, że nie tak łatwo pogodzić dwa oczekiwania nie za bardzo idące ze sobą w parze: znacznie większą aktywność i sprawczość izb (abstrahując od tego, na ile to możliwe w granicach zakreślonych

przez przepisy prawa) oraz utrzymanie finansowania działalności na dotychczasowym poziomie. To wydaje się nierealne w świecie pieniądza fiducyjnego, gdy czas działa na niekorzyść składek ustanawianych sztywno w ujęciu nominalnym. Nie zawsze było tak, że ich wysokość określano kwotowo. Zgodnie z uchwałą samorządu podjętą w grudniu 1989 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, lekarze zatrudnieni w stosunku pracy płacili 2 proc. wysokości zasadniczego uposażenia, wykonujący zawód wyłącznie w formie praktyki prywatnej – 6 proc. najniższego uposażenia w gospodarce społecznej, a zatrudnieni na kontraktach zagranicznych – 2 proc. zarobku netto.

JEST 17,2 PROC. A BĘDZIE WIĘCEJ

Od dłuższego czasu w szeroko rozumianym środowisku lekarskim toczy się dyskusja na temat wysokości składek członkowskich. Przybrała ona na sile wraz ze wzrostem inflacji, która jak wiadomo prowadzi do spadku siły nabywczej pieniądza, co oznacza, że za tę samą kwotę można kupić mniej. Według GUS inflacja we wrześniu wyniosła 17,2 proc. (rok do roku). To najwyższy odczyt od 25 lat. To jeszcze nie koniec drożyzny, bo według prognozy NBP, zawartej w niedawnym raporcie Rady Polityki Pieniężnej, w I kw. 2023 r. inflacja najprawdopodobniej podskoczy do 19 proc. (rdr), choć są możliwe bardziej pesymistyczne scenariusze. W podgrzewaniu temperatury dyskusji nie bez znaczenia

Wysokość składki nie zmieniła się przez 8 lat.

są podwyżki cen energii elektrycznej i gazu (wykorzystywanego m.in. do ogrzewania), które znacząco wpływają na wzrost kosztów utrzymania lokali izb okręgowych

i biura NIL. Do wzrostu tych cen przyczyniła się m.in. rosyjska agresja na Ukrainę i wynikający z niej kryzys energetyczny. Inflacja jest mocno dostrzegalna w tym roku, ale ceny rosły także wcześniej. Mimo to składka członkowska dla lekarzy i lekarzy dentystów pozostawała na niezmienionym poziomie. Do podjęcia poprzedniej decyzji w sprawie jej podniesienia doszło we wrześniu 2014 r. Podstawowy wymiar składki NRL ustaliła wówczas na 60 zł/miesięcznie. I ta wysokość ma obowiązywać jeszcze do końca br.

POPRIEDNIA KADENCJA, KZL

Od dawna panowało powszechne przekonanie, że podwyżka jest kwestią czasu. Na ten temat żywo dyskutowano m.in. w marcu br. w czasie wyjazdowego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej w Toruniu. Do dyskusji powrócono kilka tygodni później podczas posiedzenia NRL w Warszawie. To było jeszcze w trakcie poprzedniej kadencji. Podczas Krajowego Zjazdu Lekarzy, który obradował w I połowie maja br., delegaci dostrzegli potrzebę przeanalizowania przez NRL wysokości składki uiszczanej przez członków samorządu. Jednocześnie zjazd krajowy obniżył odpis finansowy na rzecz NIL z 15 proc. do 10 proc. kwoty składek, które wpłynęły na rachunki bankowe OIL. Ma to nastąpić od 1 stycznia 2023 r.,

co o 1/3 zmniejszy wysokość odpisu na NIL. Ta zmiana mocno wzmocni finanse izb okręgowych.

ANALIZY I KONSULTACJE

Na początku czerwca nowa NRL powołała Zespół ds. analizy wysokości składki członkowskiej, na którego czele stanął skarbnik ORL w Warszawie Jan Kowalczyk. Kilka tygodni później przedłożył Prezydium NRL dokument zawierający m.in. analizę sytuacji po zmianach mających nastąpić od nowego roku (tj. zgodnie z uchwałą KZL) oraz kalkulacje podniesienia składki w wymiarze podstawowym do wysokości: 90, 100 i 120 zł. W każdym z tych wariantów 90 proc. podwyżki miałyby zostać przeznaczona na działalność OIL, a tylko 10 proc. trafiłoby do NIL w ramach odpisu finansowego. To jest warte podkreślenia, bo od stycznia z każdej złotówki wpłaconej przez lekarza czy lekarza dentystę, 90 groszy trafi do jego macierzystej izby. Po tym, gdy sekretarz NRL Grzegorz Wrona skierował do prezesów ORL pismo z prośbą o odniesienie się do propozycji opracowanych przez zespół, zdecydowana większość izb (20) wypowiedziała się za podniesieniem składki, jedna była przeciwna, dwie izby odpisały, ale de facto nie zajęły stanowiska, twierdząc, że to nie leży w ich kompetencjach. Jedna z OIL nie odpowiedziała.

OSTATECZNE ROZSTRZYGNIECIE

Do ostatecznego rozstrzygnięcia doszło 21 października w czasie ostatniego posiedzenia NRL. W długiej dyskusji ścierały się różne argumenty, padały różne kwoty i różne pomysły na zmniejszenie tego zobowiązania wobec części lekarzy i lekarzy dentyków, omawiano kilka wariantów podwyżek, ale jedno w zasadzie nie było kwestionowane – wysokość składki powinna wzrosnąć (odmienne zdanie wyraził prezes jednej z ORL). Ostatecznie przegłosowano, że podstawowa składka członkowska dla lekarza i lekarza dentydy od nowego roku wyniesie 120 zł/miesięcznie. Lekarze stażysty mają uiszczać połowę tej kwoty (tj. 60 zł), a całkowicie zwolnione z opłacania składek będą osoby, które ukończyły 70. r.ż. To ostatnie to wyraźny ukłon w stronę lekarzy seniorów. **Za nowelizacją „uchwały składkowej” sprzed 8 lat opowiedziało się 49 członków NRL, 13 było przeciw, a 3 wstrzymało się od głosu.** Niewykluczone, że wkrótce mogą zostać wprowadzone ulgi w opłacaniu składek np. dla lekarzy z niepełnosprawnościami.

NAJWAŻNIEJSZE ARGUMENTY

W trakcie długiej dyskusji, zarówno na sali obrad, jak i w kuluarach, powtarzało się kilka najważniejszych argumentów. Samorząd realizuje wiele zadań, co po prostu kosztuje,

a z pustego i Salomon nie naleje. Oczekiwania związane z funkcjonowaniem OIL i NIL nie maleją, lecz rosną, co pociąga za sobą wzrost wydatków. W obliczu inflacji i kryzysu energetycznego zaczęły pojawiać się kolejne sygnały o problemach z dopinaniem budżetów izb, a gdyby utrzymano wysokość składek w tej samej wysokości, musiałyby one ograniczać zakres działalności. Mówiono, że wprowadzenie podwyżki uszczupli kieszenie, ale w ostatnich latach nastąpił wyraźny wzrost wynagrodzeń lekarzy, a wysokość składki pozostała taka sama od 8 lat. Wskazywano, że potrzebne są środki na utrzymanie i rozwój kształcenia oraz wsparcie części lekarzy, szczególnie emerytów i rencistów, którzy znajdują się w niełatwej, a czasami wręcz złej sytuacji materialnej. Choć samorząd tworzą lekarze i lekarze dentyści, znaczna część jego działalności opiera się na funkcjonowaniu biur OIL. Nie zawsze ich praca jest dostrzegana, bo nie są na pierwszym planie tej działalności, ale to właśnie pracownicy zapewniają prawidłowe funkcjonowanie administracji izb lekarskich, a także NIL. We wnioskach Zespołu NRL ds. analizy wysokości składki członkowskiej jednoznacznie wskazano, że podwyżka wynagrodzeń pracowników jest konieczna – w siłę nabywczą ich portfeli inflacja bije tak samo jak w kieszenie reszty społeczeństwa.

KOMENTARZ



Jan Kowalczyk

Skarbnik ORL w Warszawie, przewodniczący Zespołu NRL ds. analizy wysokości składki członkowskiej

Z jednej strony od 2014 r. składka nie była rewaloryzowana. Wtedy została ustalona na 60 zł. Realna wartość tej kwoty jest dziś zupełnie inna z uwagi na inflację. Z drugiej – nie ulega wątpliwości, że w tym czasie zarobki wszystkich lekarzy wyraźnie wzrosły, co oczywiście bardzo cieszy. Do uiszczania składek członkowskich zobowiązanych jest ponad 170 tys. spośród

ok. 200 tys. lekarzy i lekarzy dentyków. Nie wszyscy opłacają ją w pełnej wysokości. Oczywiście każdy, kto znajdzie się w trudnej sytuacji ze względu na stan zdrowia, utratę pracy czy z powodu innych okoliczności, np. stanu zdrowia członków najbliższej rodziny, może wystąpić do okręgowej rady lekarskiej z wnioskiem o zwolnienie z opłacania składek. Pozwala na to uchwała NRL. Zadania samorządu lekarskiego mają szeroki zakres. Część z nich, takich jak prowadzenie rejestru lekarzy, funkcjonowanie sądów lekarskich czy pionu odpowiedzialności zawodowej, przejęliśmy od administracji państwowej. Niestety koszty tej działalności nie są w 100 proc. refundowane przez Skarb Państwa, a nierzadko tylko w połowie. Okręgowe izby lekarskie wzięły na siebie szereg zadań, np. te związane z kształceniem, z czym wiąże się konieczność ponoszenia kosztów wynikających z utrzymania lokalu i zapewnienia obsługi takich szkoleń. We wszystkich izbach funkcjonują komisje, których działalność

również oznacza ponoszenie pewnych wydatków. Każda z izb to także pracownicy administracyjni, którzy wykonują na rzecz naszego środowiska dużo pracy i którym należy zapewnić godziwe wynagrodzenie. Ich również dotyczy inflacja. Część składek wraca do lekarzy m.in. w formie becikowego, bezzwrotnych zapomóg czy odpraw pośmiertnych. To są naprawdę spore kwoty. W OIL w Warszawie na takie cele trafia ok. 1 mln zł rocznie. Niektóre izby refundują lekarzom i lekarzom dentydom koszt wykupu obowiązkowego ubezpieczenia. Na to przeznaczają się naprawdę dużo, np. w przypadku izby warszawskiej jest to kilka milionów złotych w skali roku. Każda izba okręgowa wspiera lekarzy seniorów, bo wiemy, jaki jest ich status materialny i jak niskie otrzymują emerytury. To nie tajemnica, że wśród naszych koleżanek i kolegów są osoby potrzebujące wsparcia, choć nie wszystkie głośno o tym mówią i nie zawsze sami odważą się prosić o pomoc.

KOMENTARZE


Radosław Piwowarczyk

Prezes Beskidzkiej Izby Lekarskiej, członek Zespołu NRL ds. analizy wysokości składki członkowskiej

Wysokość naszych składek członkowskich nie była zmieniana od 2014 r. Biorąc pod uwagę sytuację makroekonomiczną, z jaką mamy do czynienia od końca ubiegłego roku, wzrost składek wydawał się nieunikniony. To nie przypadek, że poważne dyskusje na ten temat rozpoczęły się zaraz po tym, gdy zorientowaliśmy się, jakie są konsekwencje wojny w Ukrainie. Każdy konflikt zbrojny negatywnie oddziałuje na państwa sąsiadujące z obszarem, na którym toczą się działania wojenne, co widzimy po wzroście kosztów nośników

energii. Poza tym jest wiele innych czynników przemawiających za zmianą wysokości składki, np. od 1 lipca 2023 r. minimalne wynagrodzenie za pracę wzrosło do 3600 zł. W ostatnim czasie przez izby okręgowe przetoczyła się dyskusja, w trakcie której przeważająca większość izb opowiedziała się za podniesieniem obecnej kwoty składki. Z analiz zespołu roboczego NRL wynika, że małe i średnie izby na pewno miałyby problemy w 2023 r., jeśli utrzymane zostałyby składki w dotychczasowej wysokości. Największe izby chyba jeszcze nie muszą obawiać się przyszłego roku, ale w kolejnym także i one miałyby trudności z dopięciem swoich budżetów. Wszyscy musieliby ograniczyć zakres działalności. Jeśli chcemy mieć silny samorząd lekarski, trzeba pogodzić się ze wzrostem składek. Podjęliśmy się obowiązku stworzenia platformy współpracy dla wszystkich lekarzy m.in. w zakresie kształcenia, wydawania PWZ i jego nadzorowania czy odpowiedzialności zawodowej. Z tego względu powinniśmy na samorządłożyć tyle, by utrzymać jego funkcje. Patrząc na to, że

jesteśmy lekarzami, jak i na wysokość składek członkowskich innych zawodów zaufania publicznego, szczególnie prawniczych, do których lubimy się porównywać, podwyżka składki członkowskiej nie powinna budzić wielkich emocji. Tym bardziej, że od 8 lat nie było w tym zakresie żadnych zmian. Większość pracujących lekarzy stać na ponoszenie opłat nawet w wysokości 120 zł/miesięcznie. Dla lekarzy stażystów kwota 50 proc. składki zasadniczej wydaje się adekwatna z uwagi na to, że ich wynagrodzenia w ostatnich latach znacząco wzrosły. Przypomnę, że obecna składka lekarzy stażystów nie pokrywa nakładu pracy związanego z ich przyjęciem do zawodu i dalszą opieką nad nimi. Wyższa składka pokryje też zaległości państwa wobec izb powstające w skutek niedopłat corocznych za czynności zlecone samorządowi przez rząd. Czynności związane z prowadzeniem rejestru i odpowiedzialnością zawodową są w części pokrywane ze składek członkowskich. Minister zdrowia nigdy nie zwraca izbom wszystkich kosztów, a niedopłata bywa kilkudziesięcioprocentowa.


Grzegorz Wrona

Sekretarz NRL, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w latach 2014-2022

W dyskusji o podwyższeniu wysokości składek zapomina się o tym, że głównym beneficjentem nie będzie NIL, ale izby okręgowe. Aż 90 proc. podwyżki trafi do każdej OIL. Jaka jest sytuacja w naszym kraju, każdy widzi. Nie powinno dziwić, że samorząd również spojrzął na swoje finanse. Walcząc o idee samorządu, nie możemy korzystać tylko ze swojej wiedzy. Eksperci i specjaliści spoza naszego środowiska dzielą się nią, ale oczekują za to zapłaty. Izby pomagają w opiece nad osobami znajdującymi się w trudnej sytuacji

życiowej, m.in. seniorami czy lekarzami, którzy przez pewien czas nie mogą wykonywać zawodu. Niby to jest oczywiste, a o oczywistościach się nie mówi, ale oczywistości też kosztują. Przed samorządem zawodowym stoi również wiele innych zadań, a jak jest ich dużo i jak są rozległe, unaocznia art. 5 ustawy o izbach lekarskich.

Trzeba otwarcie powiedzieć, że znaczna część z nich nie jest realizowana w sposób zadowalający lekarzy. Odpowiedź, dlaczego tak się dzieje, z pewnością jest wielowątkowa, ale jedno nie ulega wątpliwości – trudne wyzwania wiążą się z ponoszeniem pewnych kosztów. Dyskusja o składce powinna iść w parze z debatą na temat aktywności członków, zwłaszcza w obszarach, którymi jesteśmy najbardziej zainteresowani. Siła samorządu jest w jego jedności, ale i wielkości. Każdy powinien przyłożyć cegiełkę do realizacji zadań, jakie przed sobą stawiamy. Samorząd potrzebuje

ludzi, którzy potrafią poświęcić się pracy samorządowej i tym osobom trzeba to zaangażowanie spróbować zrekomensować. Od dawna mówię o potrzebie wzmocnienia pionu odpowiedzialności

**90 proc. podwyżki
trafi do każdej
OIL.**

zawodowej, ale nie po to, by karać lekarzy, ale by zechcieli zaangażować się ci, którzy najlepiej rozumieją to, co nazywamy powikłaniami, zdarzeniami niepożądanymi,

a w wyjątkowych sytuacjach błędami. Celem jest uczciwe rozstrzygnięcie, w którym miejscu i w jaki sposób lekarz zbacza z właściwego szlaku, bo właśnie tym zajmują się organy odpowiedzialności zawodowej. Zdaję sobie sprawę, że część koleżanek i kolegów być może przechodzi do porządku dziennego nad faktem wykonywania zawodu zaufania publicznego. Moim zdaniem samorząd powinien lokować każde pieniądze w to, by pacjenci mieli do nas zaufanie. Jeśli go zabraknie, pójdą przecież gdzieś indziej. To dlatego musimy walczyć o godność wykonywania zawodu.

SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

Innovation Network

CZAS START

„NIL IN – Społeczność Lekarzy Innowatorów” – relacja z konferencji inauguracyjnej nowego projektu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Renata Jeziółkowska Rzecznik prasowy NIL

Podczas konferencji, która odbyła się 19 października, przedstawione zostały założenia „NIL IN”. – To ma być sieć łącząca tych wszystkich lekarzy: pasjonatów, innowatorów, lekarzy zainteresowanych, i siłę samorządu, która ma pomagać, żeby bariery wdrożeniowe i legislacyjne przezwalczać – powiedział na otwarciu wydarzenia prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski.

Samorząd lekarski podkreśla, że izba ma być swego rodzaju hubem dla innowacji medycznych. – Lekarze stoją przed dużym wyzwaniem, nie mówię tu o całym systemie, ale tym centralnym punkcie, jakim jest lekarz. Nie wszyscy będą innowatorami, bo też nie o to nam chodzi. Chodzi o to, że wyselekcjonujemy grupę pionierów, których faktycznie pochłania wiedza, zaangażowanie w tworzenie nowych projektów, nowych start-upów, innowacji, które usprawnią naszą pracę lekarską albo usprawnią opiekę nad pacjentem – mówił Artur Drobniak, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia Naczelnej Izby Lekarskiej (COBIK NIL).

LEKARZ PRZYSZŁOŚCI

Na konferencji zaprezentowane zostały wyniki badania „Lekarz przyszłości” przeprowadzonego we współpracy Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego z Nacelną Izbą Lekarską. Jak wyobrażasz sobie lekarza



Panel dyskusyjny „Polska jako hub innowacji medycznych - jak wykorzystać szansę?”

przyszłości? – to jedno z pytań, które pojawiło się w badaniu ankietowym. Badanie zestawia teraźniejszość, czyli obecne warunki pracy, z przyszłością, rozwiązaniami na przyszłość i oczekiwaniami medyków. Prawie 60 proc. lekarzy, którzy wzięli udział w ankiecie, odpowiedziało, że pracuje dla więcej niż jednego pracodawcy, co świadczy o powszechności w zawodzie lekarza tzw. wielozatrudnienia. Lekarzy pracujących w takim właśnie trybie najczęściej dotyczy praca z pacjentem w szpitalu, przychodni, własnym gabinecie, prywatnym centrum. 70 proc. lekarzy pracuje więcej niż 40 godzin tygodniowo, ponad 20 proc. – powyżej 60 godzin tygodniowo. Stres i biurokracja wskazywane były przez respondentów jako główne

czynniki obniżające satysfakcję. 80 proc. lekarzy nie ma możliwości stałego monitorowania zdrowia pacjentów. Coraz więcej pacjentów wybiera kontakt zdalny z lekarzem, prawie 60 proc. lekarzy korzysta z telemedycyny, która z reguły stanowi dodatek, a nie główne narzędzie. 70 proc. lekarzy uważa, że technologie poprawiają jakość opieki.

Eksperti w dyskusji panelowej zwracali uwagę na poszczególne aspekty dotyczące lekarza przyszłości, w tym perspektywę pacjenta. Przedstawiane były m.in. wymarzone wyobrażenia o zawodzie, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań systemowych. Podkreślano rolę przydatnych i nowoczesnych rozwiązań na różnych etapach ścieżki lekarskiej.



Panel dyskusyjny „Lekarz przyszłości”
moderowany przez dr Małgorzatę
Gałązkę-Sobotkę

INNOWATORZY MEDYCZNI

Drugi panel dyskusyjny pierwszej części konferencji (dla przedstawicieli administracji, nauki i towarzystw medycznych) dotyczył lekarzy innowatorów – doświadczeń praktyków. Rozmawiano o tym, kim są lekarze innowatorzy, czy rozwijająca się technologia będzie ułatwieniem czy wyzwaniem w ich pracy zespołowej i indywidualnej, jakie powinni mieć kompetencje do budowania i wdrażania rozwiązań w systemie ochrony zdrowia i jakiego potrzebują wsparcia.

Druga część konferencji „Polska jako hub innowacji medycznych” (dla przedstawicieli biznesu, start-upów medycznych i inwestorów) również składała się z dwóch bloków dyskusyjnych. W panelu „Od pomysłu do pacjenta – „ścieżka zdrowia” wdrażania innowacji medycznych” szukano odpowiedzi na pytanie, czy polska ochrona zdrowia jest otwarta na innowacje. Rozważano, kto powinien być odpowiedzialny za ich wdrażanie, jak korzystać z innowacyjnych rozwiązań, gdzie szukać

przykładów i inspiracji. Twórcy innowacyjnych rozwiązań przybliżali, co sprawdza się na rynku i radzili, od czego zacząć wdrażanie innowacji. W panelu „Polska jako hub innowacji medycznych – jak wykorzystać szansę” pojawiały się wątki, jak zbudowany jest hub innowacji w Polsce oraz jaką rolę chce odgrywać w naszym regionie, jak wykorzystać synergii pomiędzy różnymi interesariuszami, jak wprowadzać innowacje w publicznej opiece, jak pozyskiwać na nie fundusze.

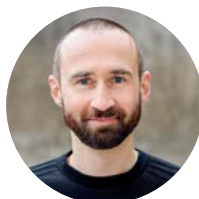
SIEĆ INNOWATORÓW NIL IN

Terapie cyfrowe na receptę, czyli program jako lek

Lekarze w Niemczech mogą przepisywać mobilne aplikacje zdrowotne na receptę, a publiczny płatnik refunduje ich zakup. To nowatorskie rozwiązanie ma wspomagać leczenie oraz zarządzanie wybranymi chorobami. Jak działają i co udało się osiągnąć po dwóch latach od wprowadzenia terapii cyfrowych?

DORADCA I PRZEWODNIK, KTÓRY MOTYWUJE PACJENTA

Terapeutyki cyfrowe albo terapie cyfrowe (ang. Digital Therapeutics, DTx) to aplikacje na smartfona albo komputer projektowane dla pacjentów zwłaszcza z przewlekłymi chorobami niezakaźnymi. Ich głównym zadaniem jest kształtowanie pożądanych z punktu widzenia leczenia albo rehabilitacji zachowań.



Artur Olesch

Autor bloga o cyfryzacji ochrony
zdrowia blog.osoz.pl

**Terapeutyki cyfrowe albo
terapię cyfrowe to aplikacje
na smartfona albo
komputer projektowane
dla pacjentów.**

Przykładem mogą być aplikacje dla osób z bólami dolnego odcinka kręgosłupa albo zmagających się z bezsennością, lękami i lekką depresją. Dostarczają one pacjentom personalizowanych wskazówek; podpowiadają, jakie ćwiczenia mają wykonywać, przypominają o regularnym zażywaniu leków, monitorują postępy leczenia w czasie rzeczywistym i dopasowują swoje działanie do wyników.

W ten sposób aktywują motywację pacjenta do zarządzania chorobą. DTx nie są jednak zwykłymi aplikacjami. Są tworzone w zespołach inżynierów i lekarzy, a ich skuteczność – oraz bezpieczeństwo stosowania – musi być potwierdzona w procesie badań klinicznych lub w innym modelu walidacji.

SMARTFON PLUS TABLETKA

Dziś już niemal każda duża firma farmaceutyczna posiada program wsparcia dla start-upów rozwijających terapie cyfrowe, widząc w nich duży potencjał na przyszłość. DTx mogą bowiem skutecznie wspomóc leczenie i zapobieganie niezakaźnych chorób przewlekłych jak choroby psychiczne, choroby układu krążenia czy cukrzyca. Czyli takich, w przypadku których wynik leczenia zależy nie tylko od skuteczności samego leku, ale także od zaangażowania pacjenta, np. odpowiednich ćwiczeń fizycznych, zdrowego odżywiania się albo minimalizacji obciążenia stresem.

DTx nie są więc substytutem leków, ale uzupełniają ich stosowanie, by pomóc osiągnąć cele terapeutyczne. W szerszym kontekście, to także odejście od obecnie obowiązującego modelu opieki zdrowotnej, w którym lekarstwem jest przede wszystkim cząsteczka chemiczna, a elementy behawioralne odgrywają marginalną rolę.

LEKARZ ORDYNUJE TYLKO ZAUFANE APLIKACJE

Aby aplikacja mogła być wystawiana na receptę, powinna przejść proces walidacji. I tutaj pojawia się problem. Tradycyjne leki, zanim zostaną dopuszczone na rynek – przykładowo przez Europejską Agencję Leków – muszą przejść pomyślnie przez wszystkie etapy badań klinicznych.

W przypadku terapii cyfrowych ten proces nie sprawdza się. Po pierwsze, systemy korzystające z algorytmów sztucznej inteligencji ciągle ewoluują, dopasowując się do użytkownika. Nie mamy więc do czynienia z wyrobem medycznym o stałych cechach, jak w przypadku leków. Po drugie, badania kliniczne są czasochłonne i bardzo drogie. Po kilku miesiącach technologia może okazać się już przestarzała. A do tego, start-upów rozwijających rozwiązania e-zdrowia po prostu nie stać na przeprowadzenie drogich badań klinicznych, bo nie dysponują budżetami i zapleczem takim jak firmy farmaceutyczne.

Mimo to, jeśli aplikacja ma być bez cienia wątpliwości polecana pacjentom i refundowana przez płatnika, musi spełniać wymagania dotyczące korzyści zdrowotnych, ekonomicznych oraz bezpieczeństwa gromadzenia i przetwarzania danych.

SZYBKA ŚCIEŻKA DOPUSZCZENIA NA RYNEK

Jedno z najbardziej zaawansowanych rozwiązań oceny efektywności klinicznej i kosztowej terapii cyfrowych wprowadzono w 2019 r. w Niemczech. Nowa Ustawa o Opiece Cyfrowej (Digitale Versorgung-Gesetz, DVG) jasno określa wymagania w stosunku do cyfrowych aplikacji zdrowotnych (DiGA). Proces walidacji odbywa się w procedurze tzw. szybkiej ścieżki (Fast-Track). Warunkiem wstępnym jest spełnienie wymagań stawianych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych. Dopuszcza ono kategorię wyrobów „oprogramowanie jako usługa” (software-as-a-service). Chodzi o wyroby niższego ryzyka (klasy ryzyka I lub IIa) używane przez pacjentów, a nie lekarzy.



Od 2023 r. terapie cyfrowe na receptę wprowadza Francja. Podobny model istnieje w Belgii, a kolejne kraje Europy zapowiadają implementację DTx w systemach ochrony zdrowia. Wkraczamy w nową erę medycyny cyfrowej.

Kolejnym krokiem jest dopuszczenie aplikacji do koszyka aplikacji refundowanych. Za realizację tego etapu odpowiedzialna jest Federalna Agencja Leków i Urządzeń Medycznych (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM), odpowiednik polskiego Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. BfArM sprawdza, czy rozwiązanie zgłoszone przez producenta spełnia wymagania dotyczące m.in. funkcjonalności, jakości, bezpieczeństwa i ochrony danych oraz interoperacyjności danych. Produkty, które spełnią stawiane przez

tę agencję kryteria, a ich stosowanie ma potencjalnie pozytywne efekty zdrowotne, są wprowadzane do publicznego systemu zdrowia. To oznacza, że refundują je wszyscy ustawowi ubezpieczyciele zdrowotni (kasy chorych). W tym procesie nie są wprowadzane wymagane badania kliniczne, ale producent rozwiązania ma tylko 12 miesięcy na udowodnienie jego skuteczności klinicznej.

Aplikacja może też bezpośrednio trafić do repozytorium aplikacji refundowanych, jeśli firma przedstawi wyniki badań klinicznych. Poziom refundacji jest określany na podstawie negocjacji producenta ze Stowarzyszeniem Kas Chorych (GKV-Spitzenverband) i po roku proces ten musi być powtórzony.

CZY SYSTEM SIĘ SPRAWDZIŁ?

Do niemieckiego systemu refundacji zakwalifikowały się dotychczas 34 aplikacje. Ze statystyk wynika, że proces oceny pomyślnie przechodzi co piąta. Najczęściej ordynowane są aplikacje dla pacjentów z dolegliwościami psychicznymi, bólami kręgosłupa i stawów, szumami usznymi (tinnitus) oraz cukrzycą.

W pierwszym roku funkcjonowania systemu lekarze wystawili 50 tys. recept na terapie cyfrowe. To zaledwie promil tradycyjnych recept na leki, ale i tak dużo, biorąc pod uwagę, że to dla lekarzy duża rewolucja. Przykładowo, część medyków nawet nie wie, że takie rozwiązanie istnieje. Barierą okazały się też inne przepisy, projektowane pierwotnie dla leków – skoro aplikacje są wyrobami medycznymi, obowiązują je takie same ograniczenia dotyczące promocji jak w przypadku leków. Z pewnością upłyną lata, zanim terapie cyfrowe wejdą na dobre do praktyki lekarskiej. Potencjalne korzyści są ogromne: 80 proc. kosztów opieki zdrowotnej generuje leczenie chorób przewlekłych. Terapie cyfrowe aktywują zaangażowanie pacjenta i kształtują pożądane zachowania. A co najważniejsze – w zgodzie z dowodami i zaleceniami klinicznymi i bez skutków ubocznych. Tego nowego sposobu myślenia o opiece muszą nauczyć się pacjenci, od dziesiątek lat przezwycażeni do tego, że wystarczy połknąć tabletkę, aby rozwiązać problem.

Od 2023 r. terapie cyfrowe na receptę wprowadza także Francja. Podobny model istnieje w Belgii, a kolejne kraje Europy zapowiadają implementację DTx w systemach ochrony zdrowia. Wkraczamy w nową erę medycyny cyfrowej. ■■■

O TELEMEDYCYNIE W NIL

POTENCJAŁ, Z KTÓREGO TRZEBA MĄDRZE KORZYSTAĆ

Telemedycyna może zwiększać bezpieczeństwo i komfort pacjenta, a także ułatwiać dostęp do świadczeń zdrowotnych i poprawiać ich jakość. Co jednak należy robić, aby skutecznie skorzystać z tego potencjału, nie wpadając w pułapkę zagrożeń, jakie może przynieść jej niewłaściwe zastosowanie?

Lidia Sulikowska Dziennikarz

GazetaLekarska.pl ✨

Temat ten był omawiany podczas konferencji eksperckiej zorganizowanej przez Naczelną Izbę Lekarską oraz Fundację Telemedyczna Grupa Robocza, która odbyła się 6 października w siedzibie NIL w Warszawie, w nowo powstałym Centrum Innowacji i Telemedycyny. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele sektora publicznego, organizacji branżowych, organizacji pacjentów oraz towarzystw naukowych.

DOBRE ROZWIĄZANIE, ALE POD PEWNYMI WARUNKAMI

Świadczenia telemedyczne mogą być szansą na odciążenie systemu ochrony zdrowia i przynieść wiele innych korzyści pacjentom oraz medykom, pod warunkiem jednak, że będą odpowiednio stosowane. Jak podkreślił jeden z uczestników konferencji, mec. Jan Pachocki z Fundacji Telemedyczna Grupa Robocza, skuteczna telemedycyna opiera się na trzech filarach: świadomej zgodzie pacjenta na zastosowanie wobec niego opieki zdalnej, decyzji lekarza co do tego, że taka opieka może być wobec konkretnego pacjenta zastosowana, a także organizacji świadczenia telemedycznego w taki sposób, że pacjent otrzyma wyczerpującą informację zwrotną co do dalszego postępowania. We właściwym jej stosowaniu może pomóc wdrożenie w placówce medycznej interdyscyplinarnego standardu udzielania świadczeń telemedycznych, opracowanego przez FTGR oraz ponad 20 organizacji pacjenckich, medycznych i branżowych (<https://telemedycyna-standard.pl>). Patronat honorowy nad tym opracowaniem objęła m.in. Naczelna Izba Lekarska.

OBSZARY DO POPRAWY

Magdalena Kołodziej, prezes Zarządu Fundacji My Pacjenci, zwróciła uwagę, że teleporady mogą być szczególnie przydatne dla pacjentów chorujących przewlekłe czy osób, które mieszkają na obszarach wiejskich, gdzie trudno o bezpośredni dostęp do specjalisty. Stwierdziła jednak także, że są obszary wymagające poprawy – chodzi m.in. o podnoszenie świadomości pacjentów odnośnie odpowiedniego przygotowania się do e-wizyty.

– Telemedycyna jest i będzie w systemie opieki zdrowotnej – stwierdził dr Artur Drobnik, dyrektor Centralnego Ośrodka Badań, Innowacji i Kształcenia NIL, zwracając jednocześnie uwagę, że stosowanie świadczeń telemedycznych powinno być jednolicie ustandaryzowane na obszarze całego kraju, i że warto korzystać z tych rozwiązań, ale w sposób odpowiedzialny i profesjonalny. Podkreślił także, że stosowanie świadczeń telemedycznych jest zgodne z Kodeksem Etyki Lekarskiej.

RESORT WIDZI MOŻLIWOŚCI

Obecny na konferencji Hubert Życiński z Ministerstwa Zdrowia przypomniał m.in. o Programie Domowej Opieki Medycznej, w którym wykorzystuje się pulsoksymetr i aplikację do zdalnego monitoringu danych pacjentów. W ramach pilotażu wdrażane są również inne usługi diagnostyczne (m.in. za pomocą stetoskopu elektronicznego, opaski telemedycznej czy e-spirometru), a te, które sprawdzą się, mają wejść do koszyka świadczeń gwarantowanych.

NARZĘDZIE DO KOORDYNACJI

Prof. Jarosław J. Federowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali i przewodniczący Rady Programowej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, wskazał, że telemedycyna może wspierać funkcjonowanie koordynowanej opieki w ochronie zdrowia, która – jego zdaniem – powinna być wdrożona w naszym kraju.

ZASTOSOWANIE ZALEŻNE OD SPECJALIZACJI

Telemedycyna oferuje szeroki wachlarz możliwości, ale w zależności od specjalności medycznej potencjał do ich wykorzystania jest różny – tak, aby było bezpiecznie i z korzyścią dla pacjenta. Obecny na konferencji prof. Bolesław Samoliński zaprezentował rekomendacje zespołu „Continue Curatio” dotyczące stosowania rozwiązań telemedycznych w poszczególnych dziedzinach (m.in. w diabetologii, kardiologii, alergologii etc.), które mogą być przydatną podpowiedzią dla lekarzy praktyków.

Warto też mieć na uwadze, że telemedycyna to tylko jeden z obszarów e-zdrowia. Coraz powszechniejsze na świecie jest korzystanie z rozwiązań sztucznej (rozszerzonej) inteligencji w medycynie. Jak podkreślił Michał Gontkiewicz z Rady Naukowej COBIK NIL, narzędzia telemedyczne i rozszerzonej inteligencji mogą być sojusznikiem lekarzy i wspierać ich w opiece nad pacjentem. ■■■



Pełna relacja z wydarzenia
na www.gazetalekarska.pl



Zapis wideo z konferencji

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Prezesi dwóch izb wybrani



Piotr Pawliszak został prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Wybory odbyły się w sobotę 8 października, podczas Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy.

Piotr Pawliszak pełnił funkcję prezesa ORL od maja 2022 r. W sobotę delegaci NOZL zadecydowali, że ma kontynuować pracę na tym stanowisku. Uzyskał 112 głosów spośród 117 oddanych (nie miał kontrkandydata). W wystąpieniu przedwyborczym

mówił m.in., że „samorząd powinien stanowić większą pomoc dla lekarzy w załatwianiu formalności, co można zrealizować, tworząc mobilne punkty obsługi lekarza i umożliwić składanie dokumentów w formie elektronicznej z użyciem skrzynki ePUAP”. Z kolei Aleksandra Śremska została prezesem ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Wybory odbyły się 23 października podczas Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL.

Spotkanie dyrektorów medycznych w Poznaniu

Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała I Ogólnopolską Konferencję Dyrektorów ds. Medycznych (13-14 października w Poznaniu, z opcją online). Pierwszego dnia przeprowadzono debatę o stanie i przyszłości szpitalnictwa w Polsce. Udział w dyskusji wzięli przedstawiciele organizacji, które objęły konferencję patronatem: prezes NRL Łukasz Jankowski, prezes Wielkopolskiego Związku Szpitali

Remigiusz Pawelczak, prezes Polskiej Federacji Szpitali prof. Jarosław Fedorowski, przewodniczący Polskiej Unii Szpitali Klinicznych dr hab. Szczepan Cofta oraz organizator całego przedsięwzięcia Marcin Karolewski. Drugiego dnia dla uczestników stacjonarnych przeprowadzone zostały warsztaty medialne. Relacja i zapis debaty na stronie internetowej wil.org.pl/dyrektorzy.

Wsparcie dla zaatakowanego lekarza

„Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie podjęła niezbędne kroki w związku ze zdarzeniem, które miało miejsce w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, oddział Zdunowo” – informuje izba na swoim profilu na Facebooku. Chodzi o zdarzenie, do którego doszło w nocy z 15 na 16 października. Jak

informowały media, miało wówczas dojść do zaatakowania nożem przez pacjenta dyżurującego lekarza. Pracownik szpitala przeżył, pacjent zmarł. Sprawę bada szczecińska prokuratura. W komunikacie czytamy, że OIL w Szczecinie jest w stałym kontakcie z poszkodowanym lekarzem i że zapewni mu ochronę prawną.

HISTORYCY
W ZIELONEJ GÓRZE

Pod koniec września odbyła się w Zielonej Górze II Ogólnopolska Konferencja Historyczna Izby Lekarskich, podczas której mówiono o znaczeniu środowiska lekarskiego w kształtowaniu Rzeczypospolitej. W trzech sesjach, moderowanych przez Roberta Skrobelskiego, Zbigniewa i Krzysztofa Kopocińskich oraz Jacka Kotulę (głównego organizatora), autorskie referaty wygłosiło 20 lekarzy i lekarzy dentyistów – pasjonatów historii polskiej medycyny. Wystąpieniom towarzyszyły dyskusje, polemiki i didaskalia. Ciekawostką, przykuwającą uwagę w sali obrad, był falerystyczny zbiór odznak, medali i odznaczeń służby zdrowia w Wojsku Polskim. Kolejne spotkanie z historią odbędzie się już za rok, prawdopodobnie w Opolu. (JW)

BENE MERITUS

150 lat temu powstało Towarzystwo Lekarskie Guberni Płockiej (obecnie: Płockie Towarzystwo Lekarskie). Inicjatorem przedsięwzięcia był Marcin Ehrlich. Jubileuszową historyczno-naukową sesję zorganizowano w odrestaurowanej auli najstarszej polskiej szkoły średniej. Do „Małachowianki” przybyli: honorowy patron uroczystości marszałek Adam Struzik, prezes PTL prof. Waldemar Kostewicz, wiceprezes NRL Klaudiusz Komor oraz kilkunastu prezesów okręgowych izb lekarskich. Gospodarz, prezes płockiego PTL, a jednocześnie rektor powołanej kilka dni wcześniej Akademii Mazowieckiej, prof. Maciej Słodki, wręczył kilkunastu lekarzom statuetki „Płockiego Hipokratesa”. Z kolei Polskie Towarzystwo Lekarskie honorowało Czesława Hajduka tytułem „Bene Meritus” – wybitnego i skromnego lekarza, wielkiego patriotę, więzionego w latach powojennych za działalność na rzecz niepodległej Polski. W części naukowej wystąpili: prof. Maria Respondek-Liberska i prof. Piotr Radziwon. Obchody zakończył koncert Marcina Wyrostka z Płocką Orkiestrą Symfoniczną. (JW)

Konflikt?

Teza o konflikcie pokoleniowym w samorządzie lekarskim jest nośna i łatwa do zrozumienia, ale naciągana. Faktem są coraz poważniejsze różnice międzypokoleniowe wśród lekarzy, ma to jednak niewiele wspólnego z wyborami do izb.

Mariusz Tomczak Dziennikarz

Głosy o nabrzmiewającym konflikcie pokoleniowym w samorządzie lekarskim pojawiły się na długo, zanim doszło do XV Krajowego Zjazdu Lekarzy w maju br. Mówiono o nadchodzącej rywalizacji dwóch obozów wykreowanych w oparciu o numer PESEL.

O rząd dusz delegatów walczyli przedstawiciele młodych lekarzy, często określanych mianem rezydentów, choć część z nich od kilku lat ma już dyplomy specjalistów, i działacze starszych pokoleń. Dychotomiczne myślenie, niedopuszczające do żadnego „pomiędzy”, udzieliło się niektórym reprezentantom środowiska lekarskiego. Podobne opinie formułowała część dziennikarzy i publicystów.

SAMORZĄD TO JEGO CZŁONKOWIE

Po tym, gdy w czasie XV KZL prezesem NRL został wybrany 35-letni Łukasz Jankowski, zastępując 68-letniego prof. Andrzeja Matyję, niektórzy ogłosili, że w samorządzie dokonana się zmiana pokoleniowa. Media rozpisywały się o wygranej „eksrezydenta” z Warszawy. Niektórzy snuli analogię do 1993 r., gdy trzydziestokilkuletni dr Krzysztof Madej zastąpił prezesa I kadencji prof. Tadeusza Chruściela. To prawda, że obecny prezes NRL jest znacznie młodszy od swojego poprzednika. Prawdą jest jednak i to, że samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów stanowią, zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, członkowie izb, a nie tylko prezes. Obecnie ich liczba przekracza 200 tys. (wg danych Centralnego Rejestru Lekarzy RP).

WĄTPLIWA TEZA

Wprawdzie średnia wieku członków NRL IX kadencji jest niższa niż w trakcie minionych czterech lat, ale w składzie Rady

i Prezydium NRL są nie tylko rezydenci i świeżo upieczeni specjaliści, co podaje w wątpliwość tezę o podziale środowiska lub władz samorządu wyłącznie lub przede wszystkim według daty urodzenia. Gdyby bliżej przyjrzeć się metrykom członków okręgowych rad lekarskich i prezydiów ORL, wyłonionych kilka miesięcy temu, widać, że w porównaniu z poprzednią kadencją zasiada w nich więcej młodszych lekarzy, ale trudno byłoby obronić tezę, że starsze pokolenia znalazły się na bocznym torze.

ZMIANA POKOLENIOWA

Zmiana może mieć charakter nagły i niespodziewany, ale może być również rozciągnięta w czasie. Zmiana pokoleniowa nie jest wydarzeniem krótkotrwałym czy jednorazowym, lecz stanowi raczej proces. Środowisko lekarskie nie jest pod tym względem wyjątkowe. Z jednej strony każdego roku PWZ otrzymują kolejni adepci medycyny. Niektórzy od razu rzucają się w wir działalności samorządowej. Z drugiej – z biegiem czasu bardziej doświadczeni działacze przestają aktywnie pracować na rzecz izb lekarskich. Powody są

różne: bo zdrowie im na to nie pozwala, bo – jak mówią – przyszedł „czas na młodych”, bo nie przekonali do swojej kandydatury wystarczającej liczby delegatów, bo byli już we władzach ORL lub NRL i szukają nowych wyzwań, bo chcą przejść na autentyczną emeryturę, bo odchodzą na wieczny dyżur...

RÓŻNICE MIĘDZYGENERACYJNE

W środowisku lekarskim, tak jak wśród nielekarskiej reszty społeczeństwa, wyraźnie uwidaczniają się różnice międzygeneracyjne. Znacznie trafniej oddają one zróżnicowanie tej grupy zawodowej niż opinia o konflikcie wyborczym dwóch obozów: „młodych” i „starych”. Z socjologicznego punktu widzenia odmienności międzypokoleniowe dotyczą nie tylko kwestii obyczajowych i dyskusji o tym, co wypada, a co nie. To dużo bardziej złożona materia. Stanowią naturalną konsekwencję dorastania i wkraczania w dorosłe życie w różnych czasach, bycia świadkami innych wydarzeń politycznych, doświadczania innego kontekstu gospodarczego... Czynniki zewnętrzne kształtują postawy mogące wpływać na kolejne



BABY BOOMERS



GENERATION X

pokolenia, tworząc wspólną tożsamość lub przyczyniając się do budzenia wspólnej świadomości. Chyba nikogo nie trzeba przekonywać, że gospodarka niedoboru zgła inaczej oddziałuje niż życie w świecie nadmiaru i promocji konsumpcji. Starsi lekarze nie raz widzieli w sklepach tylko sól, musztardę i ocet, najmłodsi nie potrafią sobie tego nawet wyobrazić.

FAKTYCZNA OŚ PODZIAŁU

Odmienność doświadczeń może wpływać na system wartości, co przekłada się na rynek pracy. Widać to wyraźnie w zakresie kompetencji cyfrowych, co, jak się wydaje, zacznie przybierać na sile w kolejnych latach. Pojawiają się opinie, że znajomość nowoczesnych technologii i skłonność do ich wykorzystywania to jedna z najważniejszych osi różnicujących funkcjonujące dziś pokolenia. W wielu dziedzinach życia toczy się walka tych, którym nie podoba się cyfrowy świat lub nie do końca potrafią się w nim odnaleźć, marzących o powrocie do status quo ante, a tymi, którzyżądają jeszcze więcej e-technologii. Ci ostatni odsądzają starsze pokolenia od czci i wiary, uznając ich za strażników analogowego porządku. Pandemia, przyspieszając dokonanie się zmian w kierunku wszystkiego, co online, tylko to pogłębiła. Sektor medyczny pod tym względem nie jest wyjątkowy.

KTO JEST NA RYNKU PRACY?

Na rynku pracy, także w ochronie zdrowia, obecni są przedstawiciele kilku pokoleń. Ich nazwy często najpierw pojawiały się w artykułach prasowych, ale przeniknęły do dyskursu naukowego. Przyjęły się m.in. w literaturze socjologicznej. Boddaj najstarszym pokoleniem aktywnym

zawodowo są osoby urodzone między 1928 a 1945 r. Określa się ich mianem cichego pokolenia (ang. silent generation). Nazwę zawdzięczają temu, że byli nieskorzy do buntu, co zdaniem wielu badaczy wynikało z trudnych czasów, w którym przyszło dorastać im i ich rodzicom (II wojna światowa, a wcześniej wielki kryzys obejmujący swym zasięgiem prawie wszystkie kraje świata). Jest to pokolenie przywiązane do stałych wartości i ma silnie zakorzeniony etos pracy.

Starsi są uznawani za strażników analogowego porządku.

BOOMERS I POKOLENIE X

Pokolenie baby boomers (ang. baby boom) przyszło na świat w latach 1946-1964 na fali powojennej wyżu demograficznego. Wielu na co dzień korzysta z komputerów i smartfonów, zarówno w pracy, jak i w domu, ale nie tak często i nie tak chętnie, jak osoby młodsze. Nie powinno to dziwić, ponieważ komputery osobiste upowszechniły się dopiero, gdy byli w dorosłym wieku. Dla boomersów ważną wartość w życiu stanowi poczucie bezpieczeństwa. Cenią stabilizację i jasną ścieżkę kariery. Nie zmieniają pracy jak rękawiczek i krytykują młodsze pokolenia za to, że ich zdaniem nie zawsze poważnie podchodzą do wypełniania obowiązków zawodowych. Dziećmi boomersów jest pokolenie X, czyli osoby urodzone w latach 1965-1979. Podobnie jak ich rodzice, kładą duży nacisk na stabilizację zawodową i lojalność wobec pracodawcy, ale trochę mniej od nich cenią hierarchię. Dla przedstawicieli tego pokolenia praca jest wartością samą w sobie. Zdaniem badaczy to ostatnia generacja, dla której podstawową formą komunikacji jest kontakt twarzą w twarz.

POKOLENIE Y, CZYLI MILENIALSI

Pokolenie Y, nazywane igrekami lub milenialsami, to osoby urodzone między rokiem 1980 a 2000. Dorastali w świecie coraz mocniej przepełnionym elektroniką. Uznawani są za bardziej otwartych i skłonnych do zmian niż przedstawiciele poprzednich generacji. W polskich realiach mają odmienne doświadczenie pokoleniowe niż osoby starsze – nie pamiętają stanu wojennego, nieliczni przez mgłę kojarzą puste półki sklepowe stanowiące nieodłączny element PRL, odczuwają konsekwencje przyspieszenia procesów globalizacyjnych i przystąpienia Polski do UE, cieszą się swobodą podróżowania po przystąpieniu do strefy Schengen. W pracy pokolenie Y różni się od innych generacji. Częściej niż boomersi stawia na rozwój, a nie na szybką karierę. Dążą do równowagi między życiem zawodowym i prywatnym. Nie chcą, by praca ich ograniczała. Stereotypowo przyjmuje się, że nie cenią stabilnego, wieloletniego zatrudnienia tak jak osoby od nich starsze. Nierzadko mają nierealistyczne oczekiwania wobec pracodawców, a przynajmniej tak określa to wielu badaczy. Przełożonych często traktują jak równych sobie pracowników, ale z szerszymi kompetencjami. Nie zawsze są więc pokornymi wyznawcami relacji mistrz-uczeń, a część wobec niej otwarcie się buntuje.

PRZEBJOJOWI REZYDENCI

To mileniali wywodzący się z kręgów związanych z Porozumieniem Rezydentów, którzy przebojem wdarli się do życia publicznego po rozpoczęciu protestu głodowego w 2017 r. Liderzy tej organizacji zaczęli przyćmiewać wielu starszych i utytułowanych lekarzy swoją obecnością w mediach tradycyjnych i cyfrowych. Protestujący rezydenci jak mantrę powtarzali, że nie szukają kompromisu i nie są zainteresowani rozmowami ciągnącymi się w nieskończoność, ale po prostu żądają uwzględnienia ich punktu widzenia i wcielenia w życie postulatów. Politycy i urzędnicy z Ministerstwa Zdrowia mieli się podporządkować, a nie mydląc im oczy. Koniec i kropka.

SOCJOLOGIA DAJE (P)ODPOWIEDŹ

Socjologiczna charakterystyka różnych generacji daje liczne odpowiedzi, dlatego protest rezydentów okazał się brzemienny w skutkach i doprowadził do wywalczenia podwyżek wynagrodzeń.



GENERATION Z



MILLENIALSI

Pomogło m.in. to, że znaczną część odbiorców mediów, tak jak dziennikarzy, stanowili ich rówieśnicy, tzn. milenialsi. Nie dość, że w lot łapali postulaty rezydentów, a z wieloma się szczerze identyfikowali, to na dodatek tłumaczyli je rodzicom i dziadkom. W środowisku lekarskim przedstawiciele Porozumienia Rezydentów chyba najsilniej zakwestionowali przekonanie, że po wyborze medycyny trzeba się liczyć z nadgodzinami i, tak jak starsze koleżanki i koledzy, pracować po 300 h w miesiącu, będąc gościem we własnym domu. Oczywiście nie byli pierwsi z tym przekazem, ale to oni zdołali pozyskać sympatię znacznej części opinii publicznej, mówiąc, że lekarz to też człowiek i ma prawo do życia prywatnego. Nie wszyscy przedstawiciele pokolenia baby boomers i pokolenia X byli zachwyceni działaniami rezydentów milenialsów. Nie tak odosobnione były opinie, że „głódówka nie przystoi lekarzom”. Pojawiła się krytyka, że nie mają jeszcze dyplomu specjalisty, a ostentacyjnie komunikują klasie politycznej i opinii publicznej, że chcą zarabiać więcej i pracować mniej (bo przecież m.in. o to chodziło w hasłach: „chcemy leczyć godnie” czy „jeden lekarz – jeden etat”).

CYFROWI TUBYLCY

Powoli na rynek pracy, także w ochronie zdrowia, wkracza kolejna generacja. Niezależnie od tego, czy przyjmujemy, że do pokolenia Z należą osoby urodzone po 1995 r. (jak mówią jedni), czy po 1990 r. (jak twierdzą inni), pewne jest coś innego – wychowali się w świecie pełnym nowoczesnych technologii. Od dziecka obcuja z internetem i aplikacjami mobilnymi. Niezależnie od statusu społecznego i poziomu zamożności, chyba wszyscy posiadają smartfony. Mówi się, że zoomerzy to cyfrowi tubylcy (ang. digital native). Osoby należące do pokolenia Z już wykonują zawód lekarza i lekarza dentysty. Przez to, że są zanurzone w cyfrowym świecie, jeszcze wyraźniej widzą anachroniczność licznych rozwiązań stosowanych w publicznej ochronie zdrowia. W ostatnich latach nasze życie zmieniło się za sprawą wszechobecnej cyfryzacji, a w wielu szpitalach publicznych nie brakuje miejsc, gdzie czas tak jakby się zatrzymał. Niektórzy do niedawna w ogóle nie znali świata analogowego, ale gdy rozpoczęli staż lub rezydenturę, przekonali się, że on istnieje, a pogłoski o jego agonii są przedwcześnie. Zetkom jeszcze

MŁODZI TEŻ SIĘ (ZE)STARZEJĄ

Z upływem czasu młodzi lekarze stają się pokoleniem średnim, aż w końcu przybędzie im tyle lat, że zaczną określać siebie jako „młodych duchem”, bo metrykalnie przynajmniej jedną nogą będą częścią innej generacji. Świetną egemplifikacją tego procesu jest były prezes ORL w Częstochowie Zbigniew Brzeźnin, delegat na KZL od I kadencji i jedyny członek NRL zasiadający w niej nieprzerwanie od 1989 r. Kiedy niedawno zapytałem, jak wspomina tamte czasy, uśmiechnął się, mówiąc, że dostał ksywę „Młody”. No właśnie, za dwie-trzy dekady obecni młodzi lekarze staną się „młodzi duchem”. Działalność w samorządzie lekarskim to sztafeta pokoleń. Wśród najstarszych delegatów na OZL i KZL nie brakuje osób pamiętających starania o reaktywowanie samorządności i uchwalenie ustawy o izbach lekarskich w 1989 r. (doszło do tego jeszcze w PRL), a tymczasem w działalność samorządową angażują się coraz liczniej lekarze, którzy urodzili się po transformacji ustrojowej (w III RP) i słusznie minione czasy znają z opowieści rodziców, podręczników historii czy filmów w serwisie YouTube. Ten ostatni jest znany chyba każdemu młodszemu medykowi, ale niektórym najstarszym osobom ta nazwa nic nie mówi. Przypadek? Nie.

mocniej doskwiera zbiurokratyzowana organizacja pracy oraz, w ich ocenie, przekształcanie wolnego zawodu lekarza w quasi-urzędnika.

OJ, BĘDZIE ZGRZYTAŁO

Wśród charakterystycznych cech pokolenia Z jest silna potrzeba zmieniania świata. Od pracodawcy oczekują zapewnienia udziału w ciekawych projektach oraz zagwarantowania rozwoju w interesującej ich dziedzinie. Badacze przewidują, że w ciągu swojego życia często będą zmieniać pracę, co wpłynie także na pracę szpitali. Dla przedstawicieli innych generacji praca z zetkami może być sporym wyzwaniem. Jeśli wierzyć stereotypom, szybko wydają wyroki, nie czekając na opinie innych, a jak to się ma do relacji mistrz-uczeń, chyba nie trzeba dodawać. Są indywidualistami, a medycyna to przecież praca zespołowa. Nie potrafią skupić się na jednym zadaniu, co staje się wręcz anegdotyczne.

NIENAWIŚĆ DO BIUROKRACJI

Bez wątplenia przerost biurokracji paraliżuje pracę lekarza niezależnie od jego wieku, ale znacznie bardziej doskwiera młodszemu medykowi, którzy – spoglądając na socjologiczną charakterystykę pokolenia Y, a tym bardziej pokolenia Z – są mniej przyzwyczajeni do wypełniania stosu rozmaitych formularzy i dokumentów niż starsze pokolenia oraz bardziej skłonni

do wyrażania niezadowolenia, gdy się ich do tego zmusza. Starsi mają notesy i lubią wieczne pióra. Młodzi notatki sporządzają w smartfonach i tabletach, a znacznie częściej niż długopis mają w ręku mysz komputerową lub touchpada pod palcem. To nie przypadek, że jeden z pięciu postulatów Porozumienia Rezydentów, z którym przystąpili do protestu głodowego kilka lat temu, brzmiał: „Likwidacja biurokracji w ochronie zdrowia”. Przekaz jasny i konkretny. Zderzenie lekarskiego pokolenia Y z realiami ochrony zdrowia, gdzie – jak niedawno wskazał NIK – blisko 1/3 czasu porady lekarskiej zajmuje prowadzenie dokumentacji medycznej i wykonywanie czynności administracyjnych, jest podwójnie bolesne. To szok dla osób często nieznających szelestu kart papierowych encyklopedii i sporadycznie, o ile w ogóle, korzystających z tradycyjnych bibliotek, bo kompendium wiedzy o świecie stanowi dla nich laptop, smartfon lub tablet i wyszukiwarka internetowa.

PODSUMOWANIE

Moim zdaniem zarzewie prawdziwego, a nie wymyślanego konfliktu, wyrasta z różnic międzypokoleniowych i często skrajnie odmiennych oczekiwań pokolenia Z oraz boomersów czy igreków. To zjawisko nie ominie zawodów medycznych. Wraz z napływem kolejnych młodych osób na rynek pracy, stanie się jeszcze znacznie bardziej wyraziste. ■■■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

ZŁAMANIE TAJEMNICY LEKARSKIEJ W SĄDZIE

Lekarz, składając zeznania w charakterze świadka w wydziale cywilnym sądu okręgowego, dopuścił się ujawnienia tajemnicy lekarskiej na temat przebiegu badania i rozpoznania u pacjenta, mimo pouczenia przez sąd o możliwości odmowy odpowiedzi na zadawane pytania, czym naruszył zaufanie do zawodu lekarza.



Jacek Miarka
Przewodniczący NSL

przepisami, etycznymi i prawnymi. Tajemnica obowiązująca lekarzy psychiatrów jest dodatkowo zabezpieczona przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Tajemnicą lekarską jest objęty już sam fakt korzystania z usług lekarza.

Zgodnie z art. 180 k.p.k., aby prokurator mógł przesłuchać lekarza, musi wcześniej uzyskać pisemne postanowienie sądu karnego, i do czasu aż policja lub prokuratura nie uzyska

***Tajemnica lekarska
jest obwarowana
licznymi przepisami,
etycznymi
i prawnymi.***

i nie przedstawi takiego postanowienia, lekarz ma obowiązek prawny odmawiania takich zeznań, które wiążą się z naruszeniem tajemnicy zawodowej, inaczej czeka go za to odpowiedzialność dyscyplinarna i karna.

I taka sytuacja zdarza się, jak wynika z mojego doświadczenia, przy przesłuchaniach przez policję i prokuratora. Lekarz jest zwołany do tajemnicy lekarskiej, składając wyjaśnienia przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądem lekarskim.

Natomiast, a moim zdaniem niestety, art. 179 i 180 nie zostały wprowadzone do kodeksu cywilnego, i sąd cywilny nie może zwolnić lekarza z tajemnicy zawodowej. W mojej opinii ogranicza to konstytucyjne prawo lekarza do obrony, bo w postępowaniu cywilnym, jeśli pacjent narusza nasze dobre imię, powinniśmy mieć pełne prawo do obrony. Muszę tutaj przypomnieć także jedno z orzeczeń Sądu Najwyższego, w którym jest mowa o tym, że „składanie zeznań przed sądem, a wydanie dokumentacji lekarskiej, to w istocie to samo”, a więc zastanówmy się, zanim wyślemy np. historię choroby do sądu cywilnego.

Wracając do sprawy: zeznania, złożone przez obwinionego, były w sumie korzystne dla skarżącego, a mimo to skierował on sprawę do OSL, i żądał od NSL zaostreżenia kary. I wreszcie, gdyby sąd, zamiast pouczyć świadka, zapytał skarżącego, czy wyraża zgodę na zwolnienie świadka z tajemnicy lekarskiej – tej sprawy by po prostu nie było. ■■■

Art. 23 KEL:

„Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej”.

Art. 25 KEL:

„Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Za ten czyn okręgowy sąd lekarski uznał lekarza winnym i wymierzył mu karę upomnienia, a ponadto obciążył go kosztami postępowania. Naczelny Sąd Lekarski, do którego odwołały się obie strony postępowania, utrzymał wyrok OSL w mocy.

Tajemnica lekarska jest najstarszą tajemnicą zawodową, znacznie wyprzedza tajemnicę spowiedzi i zawodów prawniczych. Jest jednym z fundamentów budujących zaufanie do zawodu lekarza. Należy podkreślić, iż tajemnica lekarska jest obwarowana licznymi

W PIGUŁCE

ZMIANY W PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

Beata Wierzchowska Radca prawny

Od 13 października obowiązuje nowe rozporządzenie w sprawie ustalenia kwot wartości rzeczy i praw majątkowych zwolnionych od podatku od spadków i darowizn i niepodlegających opodatkowaniu tym podatkiem oraz skal podatkowych, według których oblicza się ten podatek¹.

Powodem zmiany jest wzrost cen towarów nieżywnościowych trwałego użytku o ponad 6 proc., w stopniu odpowiadającym wzrostowi tych cen (art. 17 ustawy o podatku od spadków i darowizn²). Podwyższone kwoty mają zastosowanie do przypadków, w których obowiązek podatkowy powstał od dnia

wejścia w życie zmienionych przepisów. W związku z tym kwota wolna od podatku dla I grupy podatkowej została podwyższona z 9637 zł do 10434 zł, dla II grupy – z 7276 zł do 7878 zł, a dla III grupy podatkowej – z 4902 zł do 5308 zł.

Nastąpiło też zwiększenie wysokości darowizn (pieniężnych i niepieniężnych), które są zwolnione od podatku w związku z realizacją celów mieszkaniowych przez osoby należące do I grupy podatkowej. Dotychczas zwolnienie dotyczyło środków w wysokości 9637 zł od jednego darczyńcy, a od wielu darczyńców łącznie nie więcej

niż 19274 zł (w okresie 5 lat). Po zmianie są to odpowiednio kwoty 10434 zł oraz 20868 zł.

Przypomnijmy, do I grupy podatkowej należą: małżonek, zstępni (dzieci, wnuki itd.), wstępni (rodzice, dziadkowie itd.), pasierb, zięć, synowa, rodzeństwo, ojczym, macocha i teściowie. II grupa to: zstępni rodzeństwa, rodzeństwo rodziców, zstępni i małżonkowie pasierbów, małżonkowie rodzeństwa i rodzeństwo małżonków, małżonkowie rodzeństwa małżonków, małżonkowie innych zstępnych. Do III grupy zaliczane są pozostałe osoby.

¹ Dz. U. poz. 2084.

² Dz. U. z 2021 r. poz. 1043 z późn. zm.

PYTANIA I SUGESTIE WS. KEL

Lekarzu, Lekarzu Dentysto!

Przeczytaj uważnie Kodeks Etyki Lekarskiej i zadaj pytanie, na jakie KEL nie odpowiada, a Twoim zdaniem odpowiadać powinien, bądź wskaż nam, które elementy KEL wymagają uszczegółowienia lub komentarza i prześlij nam Twoje sugestie:

zadajpytanie@nil.org.pl

Zadaniem Komisji Etyki Lekarskiej NRL IX kadencji jest przygotowanie projektu zmian redakcyjnych KEL i komentarza do KEL, które zostaną następnie przedłożone Nadzwyczajnemu Krajowemu Zjazdowi Lekarzy. Zadając konkretne pytanie ws. KEL, wskażecie nam kierunek prac, których celem jest stworzenie komentarza do Kodeksu Etyki Lekarskiej o wymiarze praktycznym, który ma się stać realną pomocą w Waszej codziennej pracy. Nie oczekujemy opracowań tylko konkretnych wskazówek.

Pytania i sugestie przesyłajcie, proszę, na adres mailowy: zadajpytanie@nil.org.pl.

Artur de Rosier

przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL

NAZWA SPÓŁKI CYWILNEJ

Czy spółka cywilna powinna posługiwać się w obrocie gospodarczym na fakturze nazwą spółki wraz z imionami i nazwiskami wspólników?

Beata Wierzchowska Radca prawny

Spółka cywilna nie jest przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego, więc przepisy te nie regulują zasad budowania jej nazwy. Zgodnie z nimi¹ przedsiębiorca działa pod firmą. Firmą osoby fizycznej jest jej imię i nazwisko, ewentualnie także dodatkowe określenia. Natomiast firmą osoby prawnej jest jej nazwa. Z kolei w świetle przepisów o VAT² – podatnikiem tego podatku jest spółka cywilna. Owa niespójność powoduje, iż co jakiś czas powraca spór, czy na fakturach w nazwie podatnika powinny być wymienione wszystkie nazwiska wspólników spółki cywilnej, czy wystarczy jej nazwa.

Z takim zapytaniem do Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej zwróciła się spółka cywilna (podatnik VAT), która w obrocie gospodarczym posługuje się pełną nazwą. Zdaniem wspólników tej spółki, poprzez konieczność wskazywania imion i nazwisk wszystkich wspólników, jej nazwa jest zbyt długa i skomplikowana, a to stwarza problemy w codziennym funkcjonowaniu. Często występują pomyłki związane np. z pominięciem jednego ze wspólników, co wymusza korekty w postaci not korygujących. Spółka stwierdziła więc, że zamierza się posługiwać nazwą skróconą bez imion i nazwisk wszystkich wspólników. Czy organ podatkowy potwierdził taką możliwość?

INTERPRETACJA DYREKTORA KIS

Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej wyjaśnił³, że spółka cywilna nie jest przedsiębiorcą. Przedsiębiorcami są jej

***W żadnym wypadku
oznaczenie
przedsiębiorcy nie
może mieć charakteru
mylącego, niezgodnego
z rzeczywistością lub
niepozwalającego
na określenie jego
charakteru prawnego.***

poszczególni wspólnicy, będący osobami fizycznymi. Natomiast danymi identyfikacyjnymi podatnika będącego osobą fizyczną jest imię i nazwisko. Prawidłowe oznaczenie spółki cywilnej składa się więc z wymienienia jej wszystkich wspólników i dodania wzmianki o spółce cywilnej. Takie oznaczenie pozwala uniknąć posługiwania się nazwą spółki, która nie wskazywałaby, jacy faktycznie wspólnicy (podmioty prawa cywilnego), tj. osoby fizyczne lub osoby prawne, są stronami stosunków prawnych wynikających z działalności gospodarczej z udziałem spółki. W żadnym wypadku bowiem oznaczenie przedsiębiorcy nie może mieć charakteru mylącego, niezgodnego z rzeczywistością lub niepozwalającego na określenie jego charakteru prawnego. Umieszczanie w oznaczeniu spółki cywilnej elementów abstrakcyjnych czy też fantazyjnych jest dozwolone, jednak mogą one mieć tylko charakter dodatkowy, znajdujący się obok podstawowego oznaczenia spółki.

Zdaniem KIS, na gruncie prawa podatkowego nazwa spółki cywilnej powinna zawierać imiona i nazwiska wszystkich jej wspólników. W konsekwencji Dyrektor KIS za nieprawidłowe uznał twierdzenie spółki, że dopuszczalne jest umieszczanie na wystawianych przez nią fakturach jedynie jej nazwy skróconej bez imion i nazwisk wszystkich wspólników.

Wyjaśnił on również, że jeżeli faktura zawiera pomyłki dotyczące jakiegokolwiek pozycji lub po jej wystawieniu zaistniała którakolwiek przesłanka z art. 106j ust. 1 ustawy o VAT, powinna ona zostać skorygowana w ten sposób, aby odzwierciedlała faktycznie dokonaną transakcję między ściśle określonymi podmiotami gospodarczymi. Nota korygująca jest natomiast wystawiana przez nabywcę i ma zastosowanie w ograniczonych przypadkach, o których mowa w art. 106k ustawy o VAT. Możliwość korygowania faktur poprzez wystawienie przez nabywcę not korygujących dotyczy jedynie pomyłek mniejszej wagi dotyczących danych nabywcy, takich jak np. błąd w nazwisku, imieniu, nazwie, adresie lub numerze identyfikacyjnym, czy też oznaczeniu towaru lub usługi. W tej sprawie spółka po otrzymaniu faktur z nazwą spółki bez imion i nazwisk wszystkich wspólników jest zobowiązana do wystawienia not korygujących ze wskazaniem nazwy spółki wraz z imieniem i nazwiskiem wspólników. ■■■

¹ Art. 43(1) i nast. Kodeksu cywilnego.

² Ustawa z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2022 r. poz. 931 z późn. zm.).

³ Interpretacja indywidualna Dyrektora KIS z dnia 5 września 2022 r. (nr 0114-KDIP1-3.4012.376.2022.1.KP).

DANE O PACJENCIE DLA UBEZPIECZYCIELA – ZAKRES I OGRANICZENIA



W zakresie udostępniania komercyjnym zakładom ubezpieczeń danych medycznych o osobach w nich ubezpieczonych często spotykamy się z nieprawidłowościami.

Aleksandra Kosiorek Radca prawny **Damian Konieczny** Adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

W głównej mierze wynikają one z niewiedzy lekarzy i placówek medycznych co do zakresu uprawnień zakładów ubezpieczeń, a czasem ze świadomego wprowadzania w błąd przez same zakłady.

INFORMACJA TO NIE DOKUMENTACJA

Podstawowym błędem popełnianym przez placówki jest jakiegokolwiek zrównywanie uprawnień do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego z upoważnieniem do uzyskiwania dokumentacji medycznej tej osoby. Prawa te wynikają z dwóch różnych aktów prawnych. W pierwszym przypadku ubezpieczyciel działa na podstawie art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w drugim zaś na podstawie art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Niestety ubezpieczyciele w pismach kierowanych do placówek notorycznie powołują się na obie podstawy prawne, pomimo że ubezpieczony upoważnił ubezpieczyciela na przykład tylko w jednym z tych obszarów.

ZAKRES INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Żądanie przez ubezpieczyciela informacji o stanie zdrowia może odnosić się tylko do ściśle określonych danych medycznych przewidzianych w art. 38 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do których należą:

1. przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki (w tym np. na zawartość alkoholu), informacje o innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach ewentualnej sekcji zwłok;
2. przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne oraz wyniki leczenia;
3. wyniki przeprowadzonych konsultacji;
4. przyczyna śmierci ubezpieczonego (w tym przyczyna wyjściowa, bezpośrednia i wtórna).

Ustawa jednocześnie zastrzega, że udostępnieniu nie podlegają wyniki badań genetycznych, zaś informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia powinny zawierać kod jednostki chorobowej zgodnie z ICD-10. Wszelkie informacje wykraczające poza powyższy zakres nie mogą być udostępniane przez placówki medyczne. Co istotne, informacja o stanie zdrowia ubezpieczonego ma zawsze charakter informacji przetworzonej. Oznacza to, że w oparciu o dostępną dokumentację medyczną należy przygotować pisemną informację zawierającą wyłącznie dane żądane

Z upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia nie można wywodzić automatycznego uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem oczywiście, że nie wykraczają one poza jego ustawowe uprawnienia. Ułatwianie sobie pracy poprzez skopiowanie całej dokumentacji i przesłanie jej do ubezpieczyciela w takiej sytuacji należy uznać za niedopuszczalne, gdyż

dokumentacja ta zawiera zdecydowanie szerszy zakres danych, niż wynika to z ustawowego upoważnienia ubezpieczyciela.

KTO MOŻE WNIOSKOWAĆ

Co istotne, to nie ubezpieczyciel formalnie występuje z wnioskiem o udostępnienie informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego – zgodnie bowiem z art. 38 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z żądaniem przekazania informacji może wystąpić lekarz upoważniony przez zakład. Również w tym zakresie ubezpieczyciele często postępują niewłaściwie. W wielu przypadkach bowiem do pisma nie jest załączone żadne upoważnienie do działania w ramach ubezpieczyciela. Co gorsza, z uwagi na dużą ilość takich wniosków, ubezpieczyciele stosują faksymile podpisów lekarza czy wręcz nadruki danych lekarza bez żadnego podpisu. Prawidłowo sporządzony wniosek o udostępnienie informacji powinien natomiast zawierać własnoręczny podpis lekarza lub podpis elektroniczny, zaś do pisma powinno zostać załączone upoważnienie do reprezentowania zakładu ubezpieczeń. Również pozostałe obligatoryjne dane zawarte w wystąpieniu są określone przepisami rozporządzenia i należą do nich:

1. oznaczenie zakładu ubezpieczeń, adres jego siedziby, numer NIP;
2. podstawa prawna upoważniająca do otrzymania informacji oraz zakres tej informacji;
3. informacje umożliwiające wyszukiwanie żądanych danych:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) data urodzenia,

- c) adres miejsca zamieszkania,
- d) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli zakład ubezpieczeń dysponuje tą informacją.

Jakakolwiek wadliwość w tym zakresie powinna skutkować odmową udzielenia informacji do momentu uzupełnienia braków.

KTO SPORZĄDZA INFORMACJĘ I JAKA JEST OPŁATA

Zgodnie z rozporządzeniem MZ z dnia 28 kwietnia 2020 r. ws. informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz NFZ, informację

o stanie zdrowia podpisuje osoba wykonująca zawód medyczny (np. lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta) upoważniona przez podmiot wykonujący działalność leczniczą do ich udzielenia. Oczywiście nie wyklucza to sytuacji, w której projekt informacji przygotu-

je sekretarka medyczna, statystyk lub inna osoba posiadająca stosowne upoważnienie, ale ostatecznie projekt taki podlega zatwierdzeniu przez osobę wykonującą zawód medyczny. Informacji należy udzielić w terminie nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wystąpienia. Za udostępnienie informacji podmiot wykonujący działalność leczniczą może pobrać opłatę w wysokości 0,017 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (w II kwartale 2022 r. podstawa wynosiła 6156,25 zł, więc pobrana opłata nie może być większa niż 104,65 zł). Do tak ustalonej opłaty można

doliczyć ewentualne koszty korespondencji. Przesyłając korespondencję do ubezpieczyciela, należy zadbać o właściwe zabezpieczenie danych – informację można umieścić w kopercie wewnętrznej, zaś w zewnętrznej umieszczamy jedynie pismo przewodnie oraz fakturę/rachunek.

ZGODA UBEZPIECZONEGO

W świetle § 2 ust. 2 ww. rozporządzenia, do swojego wystąpienia ubezpieczyciel nie musi dołączać każdorazowo kopii zgody ubezpieczonego na udostępnienie informacji, a jedynie informację o wyrażeniu takiej zgody ze wskazaniem jej daty i formy. W praktyce jednak często ubezpieczyciele przesyłają kopie lub wyciągi z takich oświadczeń ubezpieczonych. Dzięki temu placówka może porównać treść zgody z zakresem żądania oraz zweryfikować, czy z wnioskiem występuje podmiot uprawniony (ubezpieczyciel czy może jedynie podmiot zajmujący się likwidacją szkody). Ponownie należy podkreślić, że z upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia nie można wywodzić automatycznego uprawnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej. Zgoda w zakresie udostępnienia dokumentacji medycznej musi być wyraźna i jednoznaczna, a co istotne, ubezpieczyciel musi wykazać, że ją posiada. Niedopuszczalne są zatem działania ubezpieczycieli, w których powołują się na zgodę na udostępnienie dokumentacji, nie przedstawiając jej jednak. Jednocześnie, zdaniem autorów, kserokopia zgody ubezpieczonego nie poświadczona za zgodność nie powinna być traktowana jako wystarczająca do uzyskania informacji. Jeżeli ubezpieczyciel wykaże, że faktycznie posiada upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji medycznej, należy ją wydać na zasadach takich, jak każdemu innemu podmiotowi, z tym jednak zastrzeżeniem, że nie powinno się przysyłać ubezpieczycielowi oryginałów dokumentacji medycznej. Za udostępnienie dokumentacji można pobrać opłatę w wysokości nie wyższej niż wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (np. maksymalnie 0,43 zł za jedną stronę kopii).

Podstawa prawna:

ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej [Dz.U. z 2021 r., poz. 1130 z późn. zm.]; ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [Dz.U. z 2022 r., poz. 1876]; rozp. Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Narodowy Fundusz Zdrowia [Dz.U. z 2020 r., poz. 784].

ROSZCZENIA NFZ I WOBEC NFZ

JAK NIE DAĆ SIĘ NFZ

Roszczenia, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia występuje przeciwko lekarzom, w zakresie zwrotu nienależnej zdaniem funduszu refundacji leków, dotyczą często odległych czasowo zdarzeń. Ten sam problem dotyczy również roszczeń lekarzy przeciwko NFZ o zapłatę za udzielone świadczenia zdrowotne. Dlatego warto zastanowić się nad tym, jak upływ czasu wpływa na sytuację lekarzy jako jednej ze stron sporu.

Jarosław Klimek Radca prawny OIL w Łodzi

Są to sprawy dotyczące roszczeń majątkowych (najogólniej ujmując – o zapłatę). Zgodnie z art. 117 § 1 Kodeksu cywilnego roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu (z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych). Art. 117 § 2 k.c. opisuje z kolei skutki upływu terminu przedawnienia. Zgodnie z nim po upływie terminu przedawnienia ten, przeciwko komu przysługuje roszczenie, może uchylić się od jego zaspokojenia (czyli zapłaty), chyba że zrzeka się korzystania z zarzutu przedawnienia (przy czym zrzeczenie się zarzutu przedawnienia przed upływem terminu jest nieważne). Termin przedawnienia roszczenia to, inaczej ujmując, termin na jego dochodzenie na drodze sądowej.

TERMINY ZALEŻNE OD SPRAWY

Jakie są wobec tego terminy przedawnienia roszczeń na linii lekarz-NFZ? Nie ma jednego, uniwersalnego terminu przedawnienia. Dla jego ustalenia przyjmuje się podział na roszczenia o świadczenia okresowe (np. comiesięczne czynsze najmu), roszczenia związane z prowadzeniem działalności gospodarczej oraz pozostałe. Jest on przyczyną sporów co do sposobu obliczenia terminu przedawnienia. Do tego samo przedawnienie nie jest uregulowane w sposób symetryczny – roszczenie jednej ze stron tej samej umowy może przedawnić się w innym terminie, niż roszczenie drugiej strony (choćby w przypadku umowy sprzedaży). Opierając się na uchwale

Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2014 r. (sprawa III CZP 93/14), należy przyjąć, że roszczenia lekarza wobec NFZ, np. z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są roszczeniami związanymi z prowadzeniem działalności gospodarczej. Termin przedawnienia takich roszczeń, stosownie do art. 118 k.c., wynosi trzy lata, jednak koniec jego biegu przypada na ostatni dzień roku kalendarzowego.

Ponieważ przy ustaleniu przedawnienia nie ma symetrii, to inny będzie termin przedawnienia, jeśli to NFZ będzie dochodził roszczeń od lekarza. W sporach sądowych NFZ podnosi argument, że zgodnie z przepisem art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej, zaś roszczenie osoby fizycznej lub prawnej niebędącej podmiotem gospodarczym nie stanowi roszczenia gospodarczego, chociażby wynikało ono z działalności gospodarczej prowadzonej przez dłużnika (M. Manowska, „Przedawnienie roszczeń majątkowych”, Pr. Spółek 1997, nr 7-8, poz. 26). Wobec tego termin przedawnienia, po zmianach, które obowiązują od 9 lipca 2018 r., wynosić będzie sześć lat. Wcześniej termin ten wynosił dziesięć lat. Skracając terminy przedawnienia, ustawodawca wprowadził przepisy przejściowe i zgodnie z nimi 6-letni termin przedawnienia będzie liczony od wejścia w życie tych zmian (9 lipca 2018 r.). Pozostaje jeszcze do wyjaśnienia kwestia,

Nie ma jednego, uniwersalnego terminu przedawnienia.

od kiedy liczyć termin przedawnienia. Daje na nią odpowiedź art. 120 k.c. Bieg przedawnienia rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne. Jeżeli wymagalność roszczenia zależy od podjęcia określonej czynności przez uprawnionego, bieg terminu rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stałoby się wymagalne, gdyby uprawniony podjął czynność w najwcześniejszym możliwym terminie. Pojęcie stanu wymagalności roszczenia jest definiowane jako ostatnia chwila, gdy dłużnik powinien spełnić swoje świadczenie zgodnie z treścią zobowiązania (wyrok Sądu Najwyższego z 28 października 2016 r. sprawa I CSK 661/15). W razie niewykonania tego obowiązku przez dłużnika wierzyciel powinien mieć możliwość dochodzenia wykonania zobowiązania na drodze prawnej w okresie biegu przedawnienia roszczenia. Ostatnią chwilą na spełnienie świadczenia przez dłużnika może być np. określony w umowie termin zapłaty wynagrodzenia za udzielone świadczenia. A jeśli nie ma umowy, z której termin zapłaty wynika, to może być nim np. termin na zapłatę określony w wezwaniu do zapłaty. ■■■

KREW PĘPOWINOWA – NAJWAŻNIEJSZE NOWOŚCI W ZASTOSOWANIACH

Krew pępowinowa jest jednym ze źródeł krwiotwórczych komórek macierzystych. Jej pozyskanie jest stosunkowo łatwe i może odbyć się po większości porodów.

Dr hab. n. med. **Emilian Snarski**

Komórki krwiotwórcze (i limfocyty) pozyskiwane z krwi pępowinowej różnią się od tych pobieranych od dorosłych dawców komórek krwiotwórczych. Zasadnicze różnice (i zalety) leżą w mniejszej immunogenności – komórki krwi pępowinowej mogą być przeszczepiane już przy zgodności w 4/6 genów w HLA, podczas gdy standardowe przeszczepienia wymagają zgodności 10/10. W ostatnim roku pojawiły się bardzo interesujące próby wykorzystania tych zalet krwi pępowinowej w celu poprawy wyników leczenia w kilku jednostkach chorobowych.

Przeszczepienia własnych komórek krwiotwórczych prowadzą do długotrwałych remisji chorób z autoagresji. Nadal jednak istnieje ryzyko nawrotów choroby podstawowej, a w chorobach takich jak choroba Leśniowskiego-Crohna obserwuje się mikroskopowo cechy zapalenia w śluzówce jelita pomimo klinicznej remisji po przeszczepieniu. Co stanie się, jeżeli u chorych na chorobę Leśniowskiego-Crohna przeszczepimy allogeniczne komórki krwi pępowinowej? Po takim przeszczepieniu dochodzi do szybkiego wszczepienia (średni czas wypisu ze szpitala to około dwa tygodnie po przeszczepieniu) i całkowitej remisji choroby, ale przeszczepione komórki krwiotwórcze krwi pępowinowej zanikają w ciągu sześciu miesięcy, ustępując miejsca autologicznej hematopoezie.

W jaki sposób osiągnięta zostaje remisja choroby podstawowej? Jest to prawdopodobnie połączenie trzech czynników – kondycjonowania i immunosupresji, możliwej reakcji przeszczep przeciwko autoagresji i możliwego wpływu komórek mezenchymalnych obecnych w krwi pępowinowej. W czasie pięciu lat obserwacji po przeszczepieniu u żadnego z tak leczonych chorych nie doszło do wznowy choroby ani do wystąpienia choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi. Jest to nowe podejście do przeszczepiania w chorobach z autoagresji, a tak obiecujących wyników nie uzyskano po zastosowaniu komórek krwiotwórczych pochodzących z innych źródeł. Wyniki tej pracy rodzą pytanie o to, jak skuteczne może być zastosowanie krwi pępowinowej w innych chorobach z autoagresji – twardzinie układowej czy stwardnieniu rozsianym.

Kolejnym nowym pomysłem na wykorzystanie komórek krwi pępowinowej są terapie CART (chimeric antygen receptor T cells) – terapie zmodyfikowanymi komórkami układu odpornościowego, które są w stanie niszczyć efektywnie komórki chłoniaka lub białaczki. Co stanie się, jeżeli do produkcji CART użyjemy komórek z krwi pępowinowej? CART uzyskane z komórek NK pochodzących z krwi pępowinowej mają bardzo dobrą skuteczność leczniczą (73% odpowiedzi na leczenie, a 63% całkowitych remisji – u chorych z nowotworami hematologicznymi niereagującymi na inne dostępne terapie) i nie wywoływały

zespołu wyrzutu cytokin obserwowanego często po terapii CART z komórek pozyskiwanych od dorosłego dawcy.

Wyznacznikiem przełomowości takiego podejścia jest możliwość zastosowania go do tworzenia terapii dostępnych w każdym momencie dla wielu chorych (off-the-shelf) – jest to możliwe dzięki minimalnym wymaganiom w zakresie zgodności w HLA, jakim musi odpowiadać krew pępowinowa. Ponadto, z jednej porcji krwi można uzyskać nawet ponad 100 porcji terapeutycznych komórek CART². Aktualny koszt przygotowania CART dla jednego chorego to dużo ponad milion złotych. Możliwość uzyskania leku dla 100 chorych z jednego pobrania krwi pępowinowej otworzyłaby nowy rozdział w leczeniu nowotworów czy chorób z autoagresji, czyniąc koszty CART porównywalne z innymi lekami stosowanymi w tych chorobach. To także szansa dla uniwersytetów na produkcję tanich CART, które mogą być stosowane lokalnie w ośrodkach akademickich.

Te dwie publikacje z ostatniego roku to prawdopodobnie dwa najważniejsze wyznaczniki postępu w terapiach komórkowych opartych na komórkach z krwi pępowinowej.



Referencje

1. Burt R.K., Craig R., Yun L., et al., A pilot feasibility study of non-myeloablative allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for refractory Crohn Disease, Bone Marrow Transplant, 2020;9-12. doi:10.1038/s41409-020-0953-y
2. Liu E., Marin D., Banerjee P., et al., Use of CAR-Transduced Natural Killer Cells in CD19-Positive Lymphoid Tumors. N Engl J Med. 2020;382(6):545-553. doi:10.1056/NEJMoa1910607

Polski Bank Komórek Macierzystych (PBKM) to założona w 2002 roku w Polsce firma biotechnologiczna. Głównym obszarem działalności PBKM jest bankowanie komórek macierzystych z krwi pępowinowej i pępowin, które jest świadczone w 20 krajach w Europie poprzez założoną i kontrolowaną przez PBKM Grupę FamiCord. PBKM jest największym podmiotem tego typu w Europie. Poza bankowaniem PBKM wytwarza produkty lecznicze terapii zaawansowanej (ATMP) oparte na komórkach mezenchymalnych (MSC) z pępowiny oraz tłuszczu, a także pracuje nad wytwarzaniem technologii CAR-T. PBKM wydał preparaty komórek macierzystych do zastosowania klinicznego dla ponad 3000 pacjentów.



INICJATYWY

Ruszamy z akcją



Bezpieczne Leczenie

Naczelna Izba Lekarska pracuje nad projektem ustawy, która ma na celu wprowadzenie w Polsce systemu opartego na idei no-fault. Temat zmiany zasad odpowiedzialności i sposobu przyznawania odszkodowań pojawia się w środowisku lekarskim regularnie. Jest to postulat ogromnie ważny i potrzebny, jednak trudny do przedstawienia ze względu na jego złożoność. Z tego powodu Porozumienie Rezydentów organizuje akcję edukacyjną „Bezpieczne Leczenie” pod patronatem NIL.



Sebastian Goncerz

Wiceprzewodniczący Porozumienia
Rezydentów, koordynator akcji
„Bezpieczne Leczenie”

W tym przedsięwzięciu połączyliśmy siły z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA-Poland, Porozumieniem Chirurgów „Skalpel”, okręgowymi komisjami młodego lekarza i częścią regionalnych struktur Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

NA CZYM POLEGA PROBLEM, KTÓRY CHCEMY ROZWIĄZAĆ?

Na tę chwilę każde działanie medyczne, w wyniku którego pacjent dozna uszczerbku na zdrowiu, podlega odpowiedzialności karnej. By zastosować obrazowe porównanie, zarówno chirurg, który operując skalpelem w obronie życia, popełni nieumyślny błąd, jak i człowiek, który potrąci przechodnia autem ze skutkiem śmiertelnym, są w świetle prawa traktowani tak samo – jak przestępcy. Chociaż takie zestawienie wydaje się absurdalne i niemożliwe, by ktokolwiek w taki sposób myślał, to niestety jest to rozumowanie zgodne

z aktualnym prawem. Co więcej, niejeden lekarz doświadczył konsekwencji takiego stanu prawnego.

Idąc dalej – pacjent ma prawo do odszkodowania tylko wtedy, gdy wykazana zostanie wina medyka. Jeśli w wieloletnim postępowaniu sądowym nie uda mu się tego udowodnić, nie ma możliwości uzyskania pieniędzy. W sytuacji ogromnych kosztów, jakie pochłania rehabilitacja, uzależnianie rekompensaty od winy medyka jest zwyczajnie niehumanitarne. W dodatku stawia lekarza i pacjenta po dwóch stronach barykady. Zamyka nas w konflikcie, w którym wygrać może jeden, ale tak naprawdę pokrzywdzone są obie strony. Czy to jest stan rzeczy, który powinien nas satysfakcjonować? W opinii mojej i dużej części środowiska zdecydowanie nie.

Wymienione wyżej problemy zarysowują nam całokształt kultury leczenia polegającej na unikaniu – nikt nie chce się wychylać i ryzykować zdrowiem psychicznym, majątkiem i karierą. Tymczasem wiele zdarzeń niepożądanych ma podłoże systemowe – radiolog błędnie oceniający radiogram pacjenta z powodu starego sprzętu czy pielęgniarka, która myli leki, bo odmówiono jej zejścia po dyżurze i jest zwyczajnie przemęczona. Obecnie w tym systemie należy wskazać przysłowiowego kozła ofiarnego. Tymczasem w takich sytuacjach należy przeanalizować, co się stało, i usunąć przyczynę błędu – zakupić nowy sprzęt, przeszkolić personel i ograniczyć jego przeciążenie. Takie podejście sprawia, że jakość opieki rośnie, podczas

”

Na tę chwilę każde działanie medyczne, w wyniku którego pacjent dozna uszczerbku na zdrowiu, podlega odpowiedzialności karnej.

gdy szukanie winnych nie przybliży nas do rozwiązania systemowych problemów, a wręcz od tego oddala.

Konsekwencje aktualnego stanu prawnego tutaj się nie kończą. Jedną z nich jest zjawisko medycyny asekuracyjnej, czyli wykonywania badań dyktowanych nie stanem klinicznym pacjenta, lecz mających na celu stworzenie dokumentacji chroniącej nas przed konsekwencjami prawnymi w wypadku zdarzenia niepożądanego. Jest to ogromnie czasochłonne i kosztowne z perspektywy systemu, wymaga także zbędnej dla zdrowia pacjenta biurokracji i często wielu niepotrzebnych konsultacji. Nadmienię, że szacowany koszt tych świadczeń jest gigantyczny – nie mamy danych z Polski, jednak w Stanach Zjednoczonych sięga on nawet 650 mld dolarów rocznie!



Kilka zdań o naszej akcji

Skąd nazwa? Proces leczniczy w całej jego złożoności musi być bezpieczny dla wszystkich biorących w nim udział. Pacjent i jego bliscy muszą mieć łatwą możliwość uzyskania odszkodowania w przypadku doznania uszczerbku na zdrowiu. Lekarz nie może pracować pod ciągłą presją konsekwencji prawnych za zdarzenia niepożądane związane z diagnostyką i leczeniem. I na koniec – zdarzenie niepożądane należy zgłosić do rejestru, przeanalizować i naprawić jego przyczynę. Tak więc „Bezpieczne Leczenie” jest dla nas wszystkich.

Jaki jest cel akcji? Chcemy przybliżyć środowisku medycznemu oraz opinii publicznej wady aktualnego systemu ustalania odpowiedzialności lekarza oraz wypłacania odszkodowań za niepożądane zdarzenia medyczne. Celem kampanii ma być zwiększenie poparcia dla rozwiązań proponowanych przez Naczelną Izbę Lekarską.

Jakie działania planujemy? Akcję będziemy realizować poprzez działalność informacyjną w przestrzeni internetowej, rozdawanie materiałów edukacyjnych w naszych miejscach pracy i nauki, wypowiedzi medialne, uczestniczenie w konferencjach jako prelegenci oraz akcje w terenie. Użyjemy każdego sposobu, by zwrócić uwagę wszystkich na ten istotny problem oraz wyjaśnić jego zawartość.

Jak możesz pomóc?

Serdecznie zapraszamy wszystkich do działania! Rzeczywistość wokół nas nie zmienia się sama – musimy działać! Śledźcie nas w mediach społecznościowych i wyszukujcie treści opatrzone logiem akcji „Bezpieczne Leczenie”. Jeśli chcecie pomóc szerzyć informacje w swoim miejscu pracy – dajcie nam znać!



NA CZYM WIĘC POLEGA SYSTEM NO-FAULT?

Otóż, opiera się on na trzech filarach:

1. Fundusz kompensacyjny zdarzeń medycznych

Świadczenie będzie wypłacane pacjentowi bez konieczności orzekania o winie medyka. Cały proces wypłacenia rekompensaty będzie szybszy i sprawniejszy niż w postępowaniach sądowych, na poziomie akceptowalnym społecznie.

2. System rejestracji zdarzeń niepożądanych

Przyczyni się to do stałego podnoszenia poziomu wiedzy o przyczynach i skutkach niepowodzeń w leczeniu oraz zwiększy możliwość uniknięcia takich zdarzeń w przyszłości.

3. Zmiana zasad odpowiedzialności personelu medycznego

W razie niepowodzenia leczniczego personel medyczny nie będzie pociągany do odpowiedzialności karnej za nieumyślnie spowodowanie błędu. Ratowanie życia nie jest przestępstwem!



Wiktoria Andrzejewska
Prezydent Międzynarodowego
Stowarzyszenia Studentów Medycyny
IFMSA-Poland

Ze studenckiej perspektywy

Działania związane z promocją bezpiecznego leczenia oficjalnie poparło Zgromadzenie Delegatów IFMSA-Poland – największej organizacji w Polsce zrzeszającej studentów medycyny. Po co angażować w tę akcję studentów i studentki? Bo powinni wiedzieć. Powinni wiedzieć, w jakim systemie będą pracować. Powinni wiedzieć, w jakim systemie mogą pracować.

Kampanię promocyjną dotyczącą bezpieczeństwa leczenia będzie można obserwować podczas flagowych wydarzeń naszego stowarzyszenia, m.in. „Zdrowie pod Kontrolą” – jesiennej akcji profilaktycznej promującej zdrowie, odbywającej się w 17 miastach w całej Polsce. Oprócz tego, że chcemy zadbać o odpowiednie poinformowanie lokalnych społeczności pacjentkich, jesteśmy świadomi, że medyczne środowisko studenckie również potrzebuje dokształcenia w tym temacie. W tym celu podczas konferencji lub warsztatów z udziałem studentów również będziemy edukować o bezpieczeństwie leczenia! Stałe podnoszenie świadomości na temat zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej już w momencie kształcenia w kierunku przyszłego zawodu może dać nie tylko krytyczne spojrzenie na jego ograniczenia, ale również pozwolić na podjęcie świadomej decyzji o późniejszej pracy w tym systemie.

STOMATOLOGIA

Czas szybko biegnie. Jesteśmy po drugim posiedzeniu Rady ds. rozwoju stomatologii w Ministerstwie Zdrowia.

Na spotkanie zostali zaproszeni Bernard Waśko, zastępca prezesa NFZ ds. medycznych, a także Maciej Kraszewski, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ. Dyskusja w głównej mierze dotyczyła sposobów zwiększenia finansowania stomatologii. Otrzymaliśmy informację, że świadczenia z zakresu chirurgii i periodontologii w przyszłym roku zwiększone zostaną o 400 mln zł. Daje to wzrost finansowania opieki stomatologicznej do 2 proc. ogólnego budżetu NFZ. Podjęto decyzję, iż protetyka będzie kolejnym obszarem do zmian wyceny wartości punktu. Związane jest



Paweł Barucha

Wiceprezes NRL

O SZANSACH NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA

to z liczbą procedur (7), co pozwoli na „szybkie” przetestowanie tej drogi. Stomatologia potrzebuje zmiany finansowania, jeżeli chcemy, by publiczna

opieka istniała. Wydaje się, że wszyscy członkowie rady podzielają ten pogląd. Konsultanci krajowi bardzo aktywnie włączają się w pracę. Zostaną ponownie przedstawione propozycje gotowych zmian zgłoszonych przez konsultantów, a które „utknęły” w MZ. Michał Dziegielewski, dyrektor Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia i jednocześnie wiceprzewodniczący rady, obiecał monitorowanie spraw.

Na początku pracy rady MZ pracujemy nad podstawami. Po zbudowaniu fundamentów przyjdzie pora na wszystkie aspekty zawodu lekarza dentysty.

Komisja Stomatologiczna NRL wybrała członków zespołów roboczych. Jeżeli ktoś chciałby włączyć się w pracę na rzecz Koleżanek i Kolegów, serdecznie zapraszam.

Członkowie zespołów roboczych Komisji Stomatologicznej NRL powołani podczas posiedzenia 19 października

Zespół ds. kształcenia lekarzy dentystów KS NRL:

- 1) Dariusz Samborski
- 2) Anna Lella
- 3) Alina Stępnik-Mardzyńska
- 4) Radosław Maksymowicz
- 5) Urszula Kołodzińska
- 6) Beata Jarczewska-Głośnick

Zespół ds. systemu świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych KS NRL:

- 1) Jolanta Szczurko
- 2) Małgorzata Lindorf
- 3) Karolina Mierzyńska
- 4) Jacek Zabielski
- 5) Piotr Ziętek
- 6) Joanna Skonecka
- 7) Małgorzata Hałdys
- 8) Anita Pacholec
- 9) Aleksandra Sommerlik-Biernat
- 10) Alina Grzesiuk-Nowak

Zespół ds. wykonywania działalności leczniczej KS NRL:

- 1) Adam Kozłowski
- 2) Marek Rogowski
- 3) Beata Kożak
- 4) Aleksandra Sommerlik-Biernat
- 5) Małgorzata Lindorf
- 6) Andrzej Siarkiewicz

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Bakterie sprawiają, że komórki raka trzustki rosną



Fusobacterium nucleatum
powoduje choroby przyzębia

Naukowcy z Virginia Tech z Wydziału Inżynierii i Mechaniki Biomedycznej oraz Wydziału Biochemii (USA) odkryli, że bakteria z jamy ustnej – *Fusobacterium nucleatum* – może przenosić się do guzów raka trzustki i odgrywać kluczową rolę w jego agresywnym wzroście i przemieszczaniu się w organizmie człowieka. Rak trzustki jest trzecią najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób onkologicznych w Stanach Zjednoczonych. Jedną, szczególnie agresywną postać tego

nowotworu, gruczolakorak przewodowy trzustki, rokuje okres przeżycia krótszy niż sześć miesięcy.

Scott Verbridge, prof. nadzw. inżynierii biomedycznej i mechaniki, oraz dr hab. Barath Udayasuryan, absolwent Virginia Tech-Wake Forest University School of Biomedical Engineering and Sciences, zbadali bakterię obecną m.in. w guzach raka trzustki i szukali odpowiedzi, jak może ona wpływać na progresję raka i powodować oporność na chemioterapię.

Wyniki swoich badań przedstawili w „Science Signaling”.

Ponieważ *Fusobacterium nucleatum* jest powszechną bakterią jamy ustnej, często badano ją w odniesieniu do chorób takich jak zapalenie przyzębia czy zapalenie dziąseł. Niewiele wiadano jednak, jak mikrobia ten podróżuje i dostosowuje się do życia w mikrośrodku guza, zwiększając agresywność nowotworowych wzrostów. Z kolei badania nad rakiem dały wiedzę, że jest ona obecna również w raku trzustki, co skłoniło prof. Verbridge’a i jego zespół do sprawdzenia, czy bakteria ta może również aktywować migrację guza w trzustce.

– Dopiero na początku 2022 r. mikrobiom guza został wyraźnie uznany za cechę charakterystyczną raka. Biologia raka i biologia infekcji były zwykle uważane za różne dziedziny badań, ale niedawne połączenie tych dwóch obszarów ujawniło fundamentalne spostrzeżenia na temat progresji choroby nowotworowej – mówi dr hab. Barath Udayasuryan. Zaznacza jednak, że wciąż jest wiele pytań, które pozostają bez odpowiedzi.

Źródło: eurekaalert.org

Nie tylko fluor

Wydaje się, że wprowadzenie do profilaktyki stomatologicznej innych związków niż fluor, chlorheksydyna, triklosan, jest potrzebne, a znajomość ich jest istotna zarówno z punktu widzenia badań eksperymentalnych, jak i klinicznych.

Niewątpliwie ważną cegiełką w uzyskaniu nowych wyników badań był międzynarodowy projekt prowadzony pod kierownictwem polskich naukowców: dr hab. Elżbiety Paszyńskiej prof. UMP z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wraz z zespołem (dr Justyna Otulakowska, dr Maria Gawriołek, dr Szymon Rządowski, dr Amadeusz Hernik) oraz dr hab. Małgorzaty Pawińskiej z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wraz z zespołem (prof. dr hab. Grażyna Marczuk-Kolada, dr hab. Elżbieta Łuczaj-Cepowicz, dr Inga

Kamińska, dr Katarzyna Sokołowska).

– W tym wieloosrodkowym programie badań klinicznych, przeprowadzonym łącznie u ponad 200 dzieci w wieku 3-6 lat, porównano potencjał remineralizacyjny hydroksyapatytów i aminofluorków w pastach do zębów stosowanych do codziennej higieny jamy ustnej. Po roku regularnej obserwacji okazało się, że hydroksyapatyty są tak samo skuteczne w zapobieganiu początkowym zmian próchnicowych, jak te z fluorowaną kontrolą – informuje dr hab. Elżbieta Paszyńska. Badacze doszli do wniosku, że regularne stosowanie hydroksyapatytów jako aktywnego składnika past do zębów powinno być uwzględniane w ochronie zębów przed rozwojem próchnicy zębów. Wyniki i wnioski z opisanych obserwacji klinicznych „Hydroxyapatite toothpaste

in preventing caries lesions in children: a 1-Year RCT” zostały przedstawione na światowym kongresie badań naukowych dla stomatologii IADR 2022 w Chengdou (Chiny) podczas sesji plenarnej „Caries prevention”. – Kontynuacją dociekań naukowych jest także współautorstwo w dwóch publikacjach na temat skuteczności hydroksyapatytów w remineralizacji zębów u dzieci – dodaje badaczka. Projekt oceny klinicznej hydroksyapatytów w ochronie przeciwpróchnicowej otrzymał status „Health Canada”, dający większą dostępność w Ameryce Północnej produktów zawierających ten minerał, ale też możliwość upowszechnienia wyników badań.

Więcej o badaniach w listopadowym numerze biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Światowy Parlament Stomatologiczny 2022

W dniach 19-24 września lekarze dentyści z całego świata spotkali się w Genewie i wzięli udział w obradach World Dental Parlament 2022 FDI Światowej Federacji Dentystycznej. Debatowano nad problemami współczesnej stomatologii, by wspólnie zdefiniować jej globalną przyszłość.

Anna Lella, Ewa Siewierska-Chomeniuk

W wydarzeniu wzięło udział – wreszcie face to face – ok. 400 uczestników. Wyjątkowo w tym roku nie odbył się naukowy Kongres Stomatologiczny, zwykle towarzyszący Parlamentowi FDI. Zgodnie z wieloletnim harmonogramem odbyły się za to posiedzenia i spotkania w ramach Światowego Parlamentu Stomatologicznego FDI, obejmujące m.in.: dwie sesje Zgromadzenia Ogólnego FDI, cztery sesje Otwartego Forum, spotkanie tzw. oficerów łącznikowych, trzy posiedzenia ścisłego Zarządu FDI, zebrania poszczególnych sekcji i komitetów roboczych, sesje plenarne pięciu organizacji regionalnych, m.in. Europejskiej Regionalnej Organizacji FDI (ERO), a także spotkania grup roboczych ERO, „Światowe Forum Kobiet w Stomatologii” i panel dyskusyjny pod nazwą „Światowe Forum Zdrowia Jamy Ustnej”.

Były panele dyskusyjne i sesje otwarte dla wszystkich, ale także posiedzenia o charakterze zamkniętym, dostępne wyłącznie dla członków danej jednostki organizacyjnej oraz imiennie zaproszonych gości.

ZGROMADZENIE OGÓLNE

Prezydent FDI prof. Ihsane Ben Yahya (Maroko) w swoim wystąpieniu zapewniła, że FDI będzie kontynuować inicjatywy zmierzające do podniesienia rangi zdrowia jamy ustnej na poziomie krajowym i światowym, jak również będzie kłaść



Prof. Ingrid Różyło-Kalinowska, dr Ewa Siewierska-Chomeniuk, dr Kinga Grzech-Leśniak, prof. Marzena Dominiak, dr Radosław Maksymowicz



Z delegacją z Ukrainy

nacisk na integrację zdrowia jamy ustnej ze zdrowiem ogólnym. O tym, jak trudne i pełne wyzwań były dla wszystkich na świecie ostatnie lata, mówił dyrektor wykonawczy FDI Enzo Bondioni (Szwajcaria). Pozytywnie ocenił realizację zadań z poprzednich lat, jednocześnie wyznał, że na rozpoczynający się nowy plan strategiczny FDI-Vision 2030 patrzy z dużymi nadziejami. Bardzo dobrze ocenił działalność krajowych organizacji stomatologicznych,

których zaangażowanie w poszczególne projekty FDI, zwłaszcza kampanię dotyczącą Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej, przyczyniło się do osiągnięcia lepszych efektów i zwiększenia zasięgu akcji w stosunku do lat poprzednich.

Prof. Ben Yahya i dr Kateeb wręczyli nagrody „FDI Smile Awards” dwóm organizacjom: Koreańskiemu Stowarzyszeniu Dentystycznemu oraz Australijskiemu Stowarzyszeniu Dentystycznemu. Swoje wystąpienie mieli też przedstawiciele Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Stomatologii IADS „Together is better”. Przyznano granty na uczestnictwo w wydarzeniach FDI, które umożliwiają członkom z krajów o niskich dochodach na uczestnictwo w wydarzeniach FDI i programach naukowych. Stypendia otrzymały stowarzyszenia stomatologiczne z Boliwii, Ghany, Nigerii, Somalii, Sri Lanki, Tanzanii, Ukrainy i Zimbabwe.

WYBORY DO KOMITETÓW

Do poszczególnych komitetów FDI aplikowały 32 osoby. Polska delegacja była zainteresowana dwiema komisjami: Dental Practice Committee (kandydowało 10 osób na 3 wakaty, o reelekcję – z sukcesem – ubiegała się prof. Kinga Grzech-Leśniak), a także Science Committee, o przyjęcie w poczet której ubiegała się prof. Ingrid Różyło-Kalinowska. Obie kandydatki wypadły świetnie.

WOMEN DENTISTS WORLDWIDE

To głos kobiet w stomatologii. Sekcji tej przewodniczyła dr Juliane Von

Hoyningen Huene (Niemcy). To forum dzielenia się doświadczeniami, wiedzą i wyzwaniem kobiet pracujących w tym zawodzie. W Genewie obecne były przedstawicielki kobiet z całego świata, które przedstawiły różne aspekty swojej działalności. Wnioski, do jakich doszło podczas dyskusji, mogą być niezwykle cenne.

Zgodnie stwierdzono, że na stanowiskach kierowniczych jest za mało kobiet i że bardzo niewiele z nich wykorzystuje swoje umiejętności przywódcze. Podczas swojego wystąpienia prof. Ingrid Różyło-Kalinowska wyraziła poparcie dla kobiet w ich działaniach i dążeniach do osiągnięcia jak najlepszych efektów i stawianych sobie celów. Głośno wybrzmiał też głos prof. Kingi Grzech-Leśniak, która swoją wypowiedź zakończyła słowami: „Make our dreams come true” – niech się spełnią nasze marzenia.

Ustępujący Zarząd Sekcji „Women Dentists Worldwide” przedstawił propozycję kandydatek na kolejną kadencję. Ten skład został zaakceptowany przez aklamację. W gronie wybranych jest prof. Marzena Dominiak. Nową przewodniczącą została dr Irene Marron Tarrazzi (USA).

PRACE W REGIONACH

Podczas spotkania grupy regionalnej Europy zwrócono uwagę na ustawiczne kształcenie, pomoc i wsparcie w organizowaniu kongresów i spotkań nie tylko na poziomie uniwersyteckim, ale także dla prywatnych praktyk stomatologicznych. Zainaugurowano kampanię Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej 2023, przygotowaną przez zespół WHO TaskTeam,

W obradach Światowego Parlamentu Stomatologicznego 2022 w Genewie nasz kraj był reprezentowany przez Polski Komitet Narodowy, tworzony przez przedstawicieli NIL i PTS. Skład delegacji:

- dr Anna Lella, członek Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL, jednocześnie członek ścisłego Zarządu FDI Council
- prof. dr. hab. Marzena Dominiak, Prezydent PTS, członek komitetu edukacyjnego FDI
- prof. dr. hab. Ingrid Różyło-Kalinowska, wiceprezydent PTS, kandydatka do komitetu naukowego FDI
- dr Ewa Siewierska-Chomeniuk, członek Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL
- dr Radosław Maksymowicz, członek Rady Ośrodka Współpracy Zagranicznej NIL
- dr hab. Kinga Grzech-Leśniak, ubiegająca się o reelekcję do komitetu Praktyk Dentystycznych FDI

Do FDI należy 189 organizacji ze 133 państw, członkowie regularni oraz członkowie wspierający i affiliate.

w składzie którego jest dr Anna Lella. Kampania ma łączyć rodziny, przyjaciół, pacjentów i społeczności w każdym wieku, by celebrowanie uśmiechu możliwe było przez całe życie.

Podczas jednego ze spotkań uczestniczki z Ukrainy, prof. Iryna Mazur i dr Iryna Skrypnik, złożyły na ręce prezydenta FDI prof. Ihsane Ben Yahya oficjalne podziękowania za przyjęcie przez Federację stanowisko wspierające stomatologów z tego kraju oraz za otrzymaną donację

międzynarodową, podkreślając szczególną rolę Polski w niesieniu bezinteresownej pomocy lekarzom z Ukrainy.

STARZEJĄCA SIĘ POPULACJA

Oral Health for an Ageing Population – było bardzo interesującym i oczekiwanym wydarzeniem. Pokazano wiele problemów ludzi starszych dotyczących różnych aspektów życia. W ostatnich latach wzrosła świadomość, oczekiwania oraz problemy tej grupy ludzi, również co do higieny i opieki zdrowotnej jamy ustnej. Uczestnicy debaty zgodnie uznali, że wciąż należy dążyć do polepszenia jakości życia osób starszych i stworzyć dla nich nowy system opieki, który pomoże zapobiegać obniżeniu sprawności funkcjonowania jamy ustnej.

Szczególną uwagę zwrócono na potrzeby opieki zdrowotnej jamy ustnej osób przebywających w ośrodkach i domach opieki. Konieczne jest wydanie wytycznych dla personelu domów opieki (Guidelines for Care Homes), aby ułatwić opiekę nad podopiecznymi.

Światowa Federacja Stomatologiczna dokonuje regularnych przeglądów dotyczących zatwierdzonych stanowisk w trosce, aby były one adekwatne, zgłaszane są też nowe zagadnienia i materiały opracowane przez poszczególne komitety robocze. Wszystkie Stanowiska FDI (Policy Statements) są dostępne na stronie <https://fdiworlddental.org/>.

Flagę FDI przekazano przewodniczącemu Australian Dental Association, gdyż to właśnie ten kraj w dniach 24-27 września 2023 r. będzie organizował kolejny kongres (w Sydney).



Inauguracja kampanii Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej 2023

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Żel leczący choroby dziąseł



Żel stosowany miejscowo, który blokuje receptor metabolicznego produktu ubocznego zwanego bursztynianem, może przyczynić się do skutecznego leczenia choroby dziąseł poprzez tłumienie stanu zapalnego i zmianę składu bakterii w jamie ustnej – wynika z najnowszych badań prowadzonych przez naukowców z NYU College of Dentistry (USA), których wyniki opublikowano w „Cell Reports”.

Te amerykańskie badania, przeprowadzone na myszach przy użyciu ludzkich komórek i próbek płytki nazębnej, kładą podwaliny pod nieinwazyjne leczenie chorób dziąseł. Ludzie mogliby przeprowadzać zabiegi z wykorzystaniem żelu w warunkach domowych, aby zapobiegać chorobom dziąseł lub je eliminować.

– Obecne metody leczenia ciężkiej choroby dziąseł mogą być inwazyjne i bolesne. Antybiotyki, które pomagają tymczasowo, zabijają zarówno dobre, jak i złe bakterie, zakłócając mikrobiom jamy ustnej. Ten nowy związek, który blokuje receptor bursztynianowy, ma znaczącą wartość terapeutyczną w leczeniu chorób dziąseł przy użyciu bardziej ukierunkowanych i wygodnych procesów – powiedział Xin Li, profesor patobiologii molekularnej w NYU Dentistry i główny autor badania. Amerykańscy naukowcy odkryli, że podwyższone poziomy bursztynianu aktywują receptor bursztynianowy (SUCNRI), przyczyniając się do powstawania zapalenia przyzębia poprzez odpowiedź zapalną.

– Myszy bez aktywnych receptorów bursztynianowych były bardziej odporne na choroby – poinformował Fangxi Xu, asystent w Departamencie Patobiologii Molekularnej w NYU Dentistry i współautor badania. – Chociaż wiedzieliśmy już wcześniej, że istnieje pewien związek między bursztynianem a chorobą dziąseł, teraz otrzymaliśmy mocniejsze dowody, że podwyższony poziom bursztynianu i receptor bursztynianu są głównymi czynnikami napędzającymi tę chorobę – wyjaśnił badacz.

Aby sprawdzić, czy blokowanie receptora bursztynianowego może złagodzić chorobę dziąseł, naukowcy opracowali preparat żelowy, który celuje w ten receptor i zapobiega jego aktywacji. W badaniach laboratoryjnych ludzkich komórek dziąseł związek ten zmniejszał stan zapalny i procesy, które prowadzą do utraty masy kostnej. W jednym z testów naukowcy nakładali żel na dziąsła myszy z chorobą dziąseł co drugi dzień przez cztery tygodnie, co zmniejszyło utratę masy kostnej o połowę w porównaniu z myszami, u których nie aplikowano żelu. Myszy leczone żelem miały również znaczące zmiany w składzie bakterii obecnych w jamie ustnej. Po zastosowaniu żelu bakterie z rodziny *Bacteroidetes* zostały wyeliminowane. Obecnie naukowcy prowadzą badania nad żelem na zwierzętach, aby określić jego odpowiednie dawkowanie oraz czas stosowania, jak również w celu ustalenia ewentualnej toksyczności tej substancji. ■■■

Źródło: neurosciencenews.com

Otyłość a zwiększone ryzyko utraty zębów

Potwierdzono związek między otyłością a utratą zębów – dzięki największemu tego rodzaju badaniu, obejmującemu ponad 200 tys. dorosłych, prześledzono wartości BMI, retencję zębów, ich lokalizację oraz wiek.

Zakończona niedawno w Japonii analiza roszczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego i danych kontrolnych wykazała, że im wyższy wskaźnik BMI, tym większe ryzyko utraty zębów, szczególnie u osób powyżej 40. r.ż. Udowodniono, że otyłość to czynnik ryzyka utraty zębów niezależnie od płci, wieku, palenia i cukrzycy. W projekcie tym grupa badawcza lekarzy Hiroshi Maegawa i Katsutaro Morino z Shiga University of Medical Science (Japonia) współpracowała z międzynarodową firmą zajmującą się zdrowiem jamy ustnej, aby przeanalizować związek między BMI a liczbą zębów w każdej grupie wiekowej. W tym celu porównano dane o utracie zębów u osób otyłych (BMI ≥ 25) i tych o prawidłowej masie ciała.

Według National Health and Nutrition Survey z 2019 r. w Japonii oszacowano, że 33 proc. mężczyzn i 22,3 proc. kobiet jest otyłych. Chociaż średnie BMI w tym kraju jest znacznie niższe niż w krajach zachodnich, otyłość stała się rosnącym problemem zdrowotnym wśród Japończyków.

Wykazano, że u osób powyżej 40. r.ż. wyższe BMI wiązało się z mniejszą liczbą zębów resztkowych. Osoby otyłe traciły więcej zębów, zwłaszcza trzonowych, niż te bez nadwagi. Nikotynizm również zwiększał ryzyko utraty zębów, ale innych niż te, których utrata wiązała się z otyłością.

Wyniki badania „Real-world evidence of the impact of obesity on residual teeth in the Japanese population: A cross-sectional study” opublikowano w PubMed. ■■■

Źródło: journals.plos.org

ZJAZD POLONII MEDYCZNEJ

Z całego świata do Olsztyna

Zapraszamy w pierwszych dniach czerwca (1-4.06) do stolicy Warmii, na IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich oraz XI Kongres Polonii Medycznej. Podczas obrad w Olsztynie proponujemy podjęcie dyskusji wokół najbardziej aktualnych problemów – zgodnie z motywem przewodnim naszego zjazdu – „Wyzwania Współczesnej Medycyny”.

Prof. Sergiusz Nawrocki, prorektor CM UWM i kierownik Katedry Onkologii UWM, zaprasza do Komitetu Naukowego osoby ze środowiska akademickiego, które są nie tylko autorytetami w kraju i za granicą, ale zajmują się kluczowymi i przełomowymi zagadnieniami, które w istotny sposób zmieniły możliwości leczenia najcięższych chorób w praktyce klinicznej na całym świecie. Federację Polonijnych Organizacji Medycznych w Komitecie Naukowym ma reprezentować prof. Maria Siemionow z Uniwersytetu Illinois w Chicago, wybitna chirurg, która kierowała zespołem odpowiedzialnym za pierwsze przeszczepienie twarzy.

Zaproszenie do Komitetu Naukowego przyjęli też m.in. prof. Teresa Whiteside z Uniwersytetu w Pittsburgu (zajmuje się immunologią nowotworów, która zrewolucjonizowała leczenie onkologiczne w ostatniej dekadzie), prof. Paweł Kaliński z Roswell Park Comprehensive Cancer Centre (onkolog i immunolog zajmujący się modulacją odpowiedzi immunologicznej

i jej integracją z klasycznymi metodami leczenia nowotworów – chirurgią, chemioterapią i radioterapią), prof. Marcin Mycko, szef Rady Naukowej Dyscypliny Nauki Medycznej UWM (neurolog zajmujący się rolą modulacji odpowiedzi immunologicznej w stwardnieniu rozsianym) oraz dr hab. Leszek Gromadziński, prof. UWM i dziekan wydziału lekarskiego CM UWM (kardiolog zajmujący się m.in. mechanizmami prowadzącymi do wyjaśnienia patofizjologii zawalu serca w modelu zwierzęcym).

Z radością przyjęliśmy wiadomość, że nasz zjazd objęła patronatem Lady Blanka Rosenstiel, Konsul Honorowy RP, założycielka i prezes American Institute of Polish Culture.

INTERDYSCYPLINARNIE

Światowe zjazdy lekarzy polskich z założenia mają charakter interdyscyplinarny. Nie zabraknie ciekawych referatów z różnorodnych dziedzin. Planujemy dla uczestników szeroką ofertę tematyczną, która da szansę prześledzić najnowszą wiedzę medyczną, m.in. z zakresu chirurgii małoinwazyjnej. Stomatolodzy też otrzymają dedykowane im sesje. „Wyzwania Współczesnej Medycyny” to również medycyna katastrof, zagrożenie, które przybliżył nam dr hab. Mariusz Goniewicz, przewodniczący Komisji Bioetyki NRL z Wojskowej Izby Lekarskiej. W codziennej praktyce lekarskiej nie można zapomnieć o chorobach zakaźnych i odzwierzęcych, które

przygotują dla nas specjaliści z medycyny weterynaryjnej, w tym również zagadnienia z zakresu zdrowia publicznego, jak żywność pochodzenia zwierzęcego jako zagrożenie dla człowieka.

Zaplanowane są też sesje dla młodych naukowców, aby – zgłaszając referaty – mogli być nie tylko słuchaczami, ale też aktywnymi uczestnikami kongresu. Z wielką radością przyjęliśmy list od Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, deklarujący gotowość i chęć współpracy.

Do realizacji takiego wydarzenia, jak IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich i XI Kongres Polonii Medycznej, konieczna jest dobra wola, wzajemny szacunek i jedność środowisk medycznych.

Dokładamy wszelkich starań, by spotkanie w Olsztynie było wyjątkowe – takie, które nie tylko pogłębi więzi Polonii z Polską, ale także relacje międzyludzkie, koleżeńskie i zawodowe, pozostawiając przy tym wspaniałe, niezapomniane wspomnienia. Służyć temu będą spotkanie integracyjne, w tym VI edycja festiwalu lekarskich zespołów bluesowo-rockowych Esculap Rock. Rok 2023 r., w którym odbędzie się IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich, jest szczególny – przypada wówczas 550. rocznica urodzin wielkiego astronoma i lekarza Mikołaja Kopernika, który spędził na Warmii większość swojego dorosłego, twórczego życia. Tym samym zjazd wpisuje się w kalendarz uroczystości upamiętniających to wydarzenie.

Zapraszamy do Olsztyna

Anna Lella, prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej

Sergiusz Nawrocki, prorektor Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich
XI Kongres Polonii Medycznej

1-4 czerwca 2023



Olsztyn

ORGANIZATORZY



LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE



Interdyscyplinarność I BEZPIECZEŃSTWO

Z prof. *Januszem Andreaszem*, prezesem Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, rozmawia Lucyna Krysiak.

Q We wrześniu w Krakowie odbyło się Interdyscyplinarne Forum Bezpieczeństwa Pacjenta. Co dzieje się na tyle ważnego w tym zakresie, że podejmuje się takie tematy, angażując w nie wiele specjalności medycznych, a także organizacje pacjenckie?

Grono uczestników powinno być jak największe, ponieważ nie możemy zapewnić

bezpieczeństwa pacjentowi bez interdyscyplinarnej współpracy, stąd zaangażowanie w projekt tak wielu specjalności medycznych, organizacji pacjenckich, a także samorządu lekarskiego, który jest niezbędnym, a zarazem kluczowym ogniwem realizacji tego projektu.

Kulminacyjnym punktem Forum była prezentacja i podpisanie Interdyscyplinarnej Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjenta. Uzasadnienie ważności tematu wynika wprost z tekstu tego dokumentu, a szczególnie z cytowanych pozycji piśmiennictwa. Pacjent był, jest i będzie zawsze w centrum naszej uwagi.

Q Czemu służy podpisanie tej deklaracji?

Inicjatywa ta jest kontynuacją opublikowanej przez nas w 2010 r. Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjenta w Anestezjologii (DeHeBePA). Tym razem jednak ma ona służyć wszystkim zainteresowanym – stąd nazwa Interdyscyplinarna Deklaracja Bezpieczeństwa Pacjenta oraz powołanie Fundacji Bezpieczny Pacjent (www.bezpiecznypacjent.pl), której mottem jest zapewnienie właściwej opieki każdemu pacjentowi, w każdej chwili i w każdym miejscu, którą można osiągnąć tylko poprzez interdyscyplinarną współpracę w oparciu o praktykę kliniczną opartą na faktach oraz ciągłą kontrolę jakości z wykorzystaniem informatyzacji w ochronie zdrowia. Nie zamierzamy jednak na tym poprzestać, będziemy o tym mówić szczegółowo podczas III Kongresu Towarzystw Naukowych, a także na corocznych spotkaniach z okazji Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta ustanowionego przez Światową Organizację Zdrowia.

Q Jakie miejsce w systemie ochrony zdrowia zajmuje anestezjologia i intensywna terapia po przejściach związanych z pandemią SARS-CoV-2?

W mojej opinii, a pracuję już jako lekarz ponad 40 lat, anestezjologia i intensywna terapia jako specjalność medyczna podczas pandemii COVID-19 przodowała w walce o życie najcięższych chorych i spełniła swoje zadanie, zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich. Można powiedzieć, że rozwój tej specjalności w Europie, który nastąpił w ciągu ostatnich 30 lat, predysponował nas, anestezjologów, do odegrania kluczowej roli w tym trudnym czasie. Szczególnie ważne dla rozwoju anestezjologii i intensywnej terapii były lata 80. minionego wieku. Wówczas nastąpił znaczący postęp, który dotyczył nowych leków anestezjologicznych, technik monitorujących oraz procedur leczniczych.

Q Jakie doświadczenia zebrali anestezjologowie, pracując na pierwszej linii frontu walki z koronawirusem?

”

Pacjent był, jest i będzie zawsze w centrum naszej uwagi.

Moim zdaniem najważniejszym wnioskiem wynikającym z pandemii COVID-19 jest konieczność szeroko pojętej interdyscyplinarnej współpracy w ochronie zdrowia. Bez niej nie osiągniemy postępu, nie poprawimy bezpieczeństwa pacjenta i nie będziemy właściwie przygotowani do kolejnych katastrof zdrowotnych. We współczesnej historii medycyny brak jest podobnych przykładów, no może poza epidemią paraliżu dziecięcego (poliomyelitis) w 1952 r., kiedy to w Kopenhadze w krótkim czasie sztucznej wentylacji wymagało ponad 2 tys. pacjentów, a nie było wówczas respiratorów. Wtedy to anestezjolog, prof. Bjorn Ibsen, wpadł na pomysł przeprowadzenia u tych chorych tracheotomii i tą drogą prowadzenia wentylacji płuc. Zaangażowano 1500 studentów, którzy w sumie przez 165 tys. godzin wentylowali pacjentów ręcznie workami samorozprężającymi się i spowodowali, że śmiertelność z powodu poliomyelitis spadła z 90 proc. do 25 proc. Ponieważ w tym samym czasie wynaleziono praktyczną możliwość pomiaru gazometrii krwi, to przewlekła wentylacja stała się możliwa. Ten moment oznacza narodziny intensywnej terapii, która nigdy nie może być oddzielona od anestezjologii. W czasie pandemii COVID-19 anestezjologzy i pielęgniarki anestezjologiczne we współpracy z innymi dyscyplinami walczyli o życie najciężiej chorych. Odnosiliśmy spektakularne sukcesy oraz zaskakujące,

trudne do wytłumaczenia porażki terapeutyczne, szczególnie w okresie przed szczepieniami przeciwko COVID-19. Specyfiką zarażenia się wirusem SARS-CoV-2, szczególnie na początku pandemii, była piorunująco przebiegająca niewydolność oddechowa, która wymagała wspomaganej bądź mechanicznej wentylacji. W miarę zdobywania doświadczenia i możliwości wymiany w czasie webinarów online wspólnych obserwacji nasze środowisko dość szybko uzyskało wiedzę co do możliwości i zakresu skutecznego leczenia. Pomimo tego, szereg czynników, w tym niechęć do szczepień, spowodowały wzrost tzw. nadmiarowych zgonów oraz zapaść organizacyjną całego systemu ochrony zdrowia. I z tego należy wyciągnąć wnioski na przyszłość.

📌 Czy pandemia stała się pretekstem do wprowadzania zmian w anestezjologii i intensywnej terapii?

Dzięki długoletniemu zintegrowaniu z europejskim systemem szkoleń oraz krajowym regulacjom prawnym rodzima anestezjologia i intensywna terapia dysponuje jednym z najlepszych programów specjalizacyjnych w Europie, dzięki czemu byliśmy bardzo dobrze przygotowani do kryzysu spowodowanego pandemią. Pod względem wiedzy i umiejętności sytuacja nas nie zaskoczyła, zaskoczeni byliśmy skalą problemu. Nie musieliśmy wprowadzać istotnych zmian w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie leczenia. Wystarczyła, powołana ad hoc przez ówczesnego konsultanta krajowego prof. Radosława Owczuka, grupa robocza oraz skoordynowanie organizacyjne na szczeblach lokalnych, aby dostosować się do sytuacji. Uważam, że w tym zakresie nasz system wykazał się zauważalną odpornością i elastycznością. Nawet w najgorszych momentach pandemii daleko nam było od wyczerpania naszych możliwości personalnych, jak i stosowania zaawansowanych technik

podtrzymywania funkcji życiowych.

📌 Ostatnio wiele mówi się o bezpieczeństwie i optymalizacji leczenia oraz granicach stosowania intensywnej terapii. Jak je zdefiniować?

Rzeczywiście bezpieczeństwo jest dzisiaj najwyższym priorytetem dla każdego człowieka, nie tylko dla chorego. Odnośnie pacjenta, to najtrafniej zdefiniować bezpieczeństwo jako proces, który zapewni skuteczną prewencję, unikanie i/lub minimalizowanie szkód związanych z opieką zdrowotną. Optymalizacja leczenia to medycyna oparta na faktach i tu każda specjalizacja ma duże pole do indywidualnego wkładu w skuteczność terapii i bezpieczeństwo pacjenta. Klucz do sukcesu tkwi w interdyscyplinarności działania. Granice intensywnej terapii są też ściśle określone, ale to niezwykle obszerny i wielowątkowy temat o lokalnych prawnych i etycznych uwarunkowaniach.

📌 Czy w związku z tym konieczne było opracowanie przez PTaIT nowych wytycznych postępowania klinicznego oraz przyjęcie nowych wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji?

W czasie pandemii z poziomu PTaIT nie było potrzeby wprowadzenia istotnych zmian odnośnie wytycznych leczenia. Istniejące wytyczne i zalecenia nie traciły na wartości i aktualności, a modyfikacje związane ze specyfiką pandemii SARS-CoV-2 były wprowadzane na bieżąco. Dopiero w tym roku zarząd główny zatwierdził zaktualizowane wytyczne PTaIT, określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, z którymi można zapoznać się na stronie naszego towarzystwa - www.anestezjologia.org.pl. Znajdują się tam także aktualne wytyczne ESAIC (European Society of Anaesthesiology and Intensive Care) oraz nowa zakładka konsultanta krajowego anestezjologii i intensywnej terapii. Jeżeli chodzi o Wytyczne Resuscytacji 2021 Europejskiej Rady Resuscytacji, to są już one dostępne w wersji książkowej (www.prc.krakow.pl). ■■■



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



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

Nr konta: 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

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

Mariusz Janikowski, prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

WIEDZA ZAPISANA W KOŚCIACH

Po raz kolejny Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny została przyznana za odkrycia w zakresie nauk podstawowych. Tegorocznego laureata, prof. *Svante Pääbo*, uhonorowano za badania nad genomami wymarłych hominidów i ewolucją człowieka.



Lidia Sulikowska Dziennikarz

Komitet Noblowski Instytutu Karolinskiego w Sztokholmie nagrodił pochodzącego ze Szwecji paleobiologa za jego wkład w zrozumienie, kim jesteśmy i co czyni nas ludźmi.

Naukowcowi, specjalizującemu się w genetyce ewolucyjnej, udało się zsekwencjonować genom neandertalczyka, a także dokonać odkrycia nieznanego wcześniej innego hominida, denisowianina (człowiek z Denisowej Jaskini). Co więcej, Svante Pääbo udowodnił, dzięki żmudnym badaniom genetycznym DNA (które wcześniej trzeba było wydobyć ze szczątków kości), że doszło do przepływu genów od tych wymarłych hominidów do Homo sapiens. Działo się to ok. 70 tys. lat temu, kiedy Homo sapiens emigrowali z Afryki. Wówczas neandertalczyk zamieszkiwali już zachodnią Eurazję, a denisowianie żyli we wschodnich regionach kontynentu. Transfer ich genów ma wpływ na fizjologię współczesnych ludzi, na przykład występująca powszechnie wśród Tybetańczyków denisowiańska wersja genu EPAS1 umożliwia im przeżycie na dużych wysokościach. Z kolei geny neandertalskie wpływają na reakcję naszego układu odpornościowego na różne infekcje. Komitet Noblowski podkreślił także, że badania Svante Pääbo zainicjowały powstanie nowej dyscypliny naukowej - paleogenomiki

- i dały początek zrozumieniu na nowo ewolucji współczesnego człowieka, co w przyszłości być może przyniesie odpowiedź na fundamentalne pytanie - co czyni nas takimi, jacy jesteśmy.

Tegoroczna decyzja dotycząca przyznania medycznego Nobla to - już po raz kolejny - ukłon w stronę nauk podstawowych. W ubiegłym roku Nagroda Nobla w dziedzinie

fizjologii lub medycyny trafiła w ręce dwóch naukowców (David Julius i Ardem Patapoutian) za odkrycie receptorów, za pomocą których odczuwamy temperaturę i dotyk. Dwa lat temu również doceniono nauki podstawowe - wówczas medycznego Nobla otrzymało trzech naukowców (William G. Kaelin Jr., sir Peter J. Ratcliffe i Gregg L. Semenza) za odkrycie mechanizmów adaptujących komórki do zmian poziomu dostępności tlenu.

Część ekspertów typowała, że być może w tym roku Komitet Noblowski skieruje swój wybór w kierunku technologii mRNA, stało się jednak inaczej. Choć na pierwszy rzut oka odkrycia Svante Pääbo nie są bardzo bliskie medycynie klinicznej, to jednak przecież dzięki wykazaniu transferu genów pomiędzy hominidami i szerzej - dzięki powstaniu paleogenomiki - można teraz analizować skutki tych procesów zachodzące w organizmie człowieka obecnie, np. występowanie chorób autoimmunologicznych. Z kolei dr hab. Wojciech Feleszko z Kliniki Pneumonologii, Alergologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii UCK WUM, zwraca uwagę, że są osoby, u których rozwijają się schorzenia wynikające z uszkodzenia mitochondrialnego DNA (choroby neurodegeneracyjne, niektóre rodzaje padaczki). - Być może to odkrycie, które nagrodzono Noblem, nakieruje medycynę ku tym właśnie rzadkim przypadkom chorób - zauważa Wojciech Feleszko. ■■■

Svante Pääbo urodził się w 1955 r. w Sztokholmie (Szwecja). Jest twórcą i dyrektorem Instytutu Antropologii Ewolucyjnej im. Maxa Plancka w Lipsku (Niemcy). W przeszłości był wielokrotnie nagradzany za swoje osiągnięcia naukowe. Jego ojciec, Sune Bergström, także otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny - w 1982 r., wspólnie z B. Samuelssonem i J. R. Vanem, za pionierskie badania nad prostaglandynami. Jednak relacje ojca z synem były trudne. Sune Bergström założył dwie rodziny, z których żadna nie wiedziała o istnieniu drugiej. Svante Pääbo kontaktował się z ojcem w swoim dorosłym życiu tylko okazjonalnie.

Na Nagrodę Nobla składają się: złoty medal, kaligrafowany dyplom oraz czek na 10 mln koron szwedzkich (ok. 920 tys. euro).

NAUKA

BADANIA, KTÓRE ZMIENIŁY MYŚLENIE O CZŁOWIEKU

Z prof. *Pawłem Golikiem*, dyrektorem Instytutu Genetyki i Biotechnologii na Wydziale Biologii Uniwersytetu Warszawskiego, rozmawia Lidia Sulikowska.

1 Jak pan zareagował na wybór tegorocznego laureata Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny?

Bardzo się ucieszyłem. Od dawna uważałem, że Svante Pääbo powinien otrzymać tę nagrodę. On w pełni na nią zasłużył.

2 Wydaje się jednak, że przynajmniej część środowiska medycznego mogła być nieco zawiedziona tym werdyktem. Już kolejny raz doceniono nauki podstawowe.

Fizjologia jest nauką o funkcjonowaniu organizmów żywych. To fundament. Przecież nie ma zastosowań praktycznych bez badań podstawowych. Poza tym wydaje mi się, że w obecnych czasach o wiele trudniej wyróżnić kogoś za odkrycie bliskie praktyce klinicznej. Nowe technologie coraz rzadziej są dziełem wybitnych jednostek, a dużo częściej wielkich zespołów. Trudno jest wskazać tę jedną osobę czy nawet dwoje lub troje ludzi, których należałoby uhonorować. Myślę, że w przypadku odkryć z zakresu nauk podstawowych sprawa jest prostsza.

3 Co chciano przekazać światu, czyniąc ze Svante Pääbo noblistę?

Badania kopalnego DNA, których pionierem jest ten szwedzki badacz, zmieniły myślenie o człowieku, o jego ewolucji i historii. To jest jedno z największych osiągnięć nauk biologicznych XXI w.

Svante Pääbo i jego zespół wykazali, że pomiędzy Homo sapiens, a innymi hominidami, takimi jak neandertalczyki czy denisowianie, dochodziło do wymiany materiału genetycznego. Udowodnił, że ślady po tych krzyżówkach znajdują się w nas i mogą mieć wpływ na cechy istotne z punktu widzenia zdrowia i ogólnie fizjologii człowieka. Mam na myśli m.in. ich wpływ na nasz układ

”

To jest jedno z największych osiągnięć nauk biologicznych XXI w.

odpornościowy. Homo sapiens, neandertalczyki i denisowianie pochodzą ze wspólnego pnia, który wyewoluował w Afryce, ale neandertalczyki i denisowianie opuścili ten kontynent zdecydowanie wcześniej, emigrując do Europy i Azji. Co jednak istotne, ich ekspansje poza kontynent afrykański były wolniejsze niż w przypadku Homo sapiens, przez co mieli dużo więcej czasu na dostosowanie się np. do warunków klimatycznych w nowym terenie czy występujących tam patogenów. Z kolei Homo sapiens najpóźniej opuścił Afrykę, ale cechował się niesłychaną szybkością podbijania całego świata. Poprzez krzyżowanie się z neandertalczykami mieszkającymi już od dawna w Europie czy w Azji Zachodniej, do genomu człowieka trafiły m.in. warianty genów związanych z działaniem układu odpornościowego, które prawdopodobnie pomogły nam szybko dostosować się do warunków europejskich.

4 Ale także mogły wywołać pewne negatywne skutki.

Oczywiście. Ta niepełna kompatybilność pomiędzy nimi, a tym, co wcześniej składało się na genom Homo sapiens, może

być np. powiązana ze skłonnością u części współcześnie żyjących ludzi do schorzeń autoimmunologicznych. Wiemy, że fragmenty DNA pochodzące od tych krzyżówek mogą u niektórych pacjentów odpowiadać za bardzo ciężki przebieg infekcji COVID-19. U tych chorych wystąpiła bardzo silna reakcja układu odpornościowego na zakażenie.

Wiemy jednak także, że – przynajmniej częściowo – od neandertalczyków pochodzą warianty genów, które powiązano z chronotypem, czyli cyklem aktywności dobowej. Z kolei u mieszkańców Tybetu stwierdzono, że wariant genu, który pochodzi z krzyżówek ich przodków z ludźmi z Jaskini Denisowej, najprawdopodobniej umożliwia im dobrą tolerancję organizmu w warunkach niskiego ciśnienia cząstkowego tlenu na dużych wysokościach.

Oczywiście trzeba pamiętać, że wszystkie te przykłady, o których wspominałem, dotyczą skomplikowanych procesów zachodzących w organizmie ludzkim i nie można ich tłumaczyć wyłącznie występowaniem danego wariantu genu, ale ich wpływ jest wyraźny.

Jakie jeszcze implikacje medyczne mogą wyjaśnić odkrycia szwedzkiego badacza?

Badania DNA ze szczątków ludzkich to doskonałe narzędzie dostępu do informacji o chorobach zakaźnych, które trapiły ludzkość setki czy tysiące lat temu. Dzięki nim możemy dowiedzieć się, co np. uczyniło dany wirus tak skutecznym zabójcą, że spowodował wybuch groźnej epidemii w przeszłości, a ta wiedza pozwoli nam lepiej przygotować się na ewentualne ponowne pojawienie się podobnego śmiertelnościowego patogenu.



SZKOLENIA STACJONARNE, A NIE ZDALNE

Ośrodek Kształcenia COBIK NIL organizuje szkolenia poświęcone zarządzaniu performansem personelu medycznego oraz organizacją pracy zespołu.

Prowadząca je dr hab. Beata Buchelt, prof. Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, ekspertka ds. zarządzania personelem w ochronie zdrowia, podkreśla, że szkolenia te zostały przygotowane z myślą o wsparciu lekarzy i lekarzy dentyistów w procesie realizowanych przez nich na co dzień zadań.

Na co dzień lekarze nie dostają „szytych na miarę” ich potrzeb szkoleń w zakresie szeroko pojętej problematyki zarządzania personelem medycznym. Zaplanowane szkolenia mają nie tylko przybliżyć słuchaczom wybrane aspekty zarządzania kapitałem ludzkim, ale przede wszystkim odnieść je do specyficznych warunków funkcjonowania ochrony zdrowia. Szkolenia realizowane są stacjonarnie, ponieważ daje to realną możliwość interaktywnego uczestnictwa w procesie rozwoju wiedzy i umiejętności.

KONTEKST SZKOLEŃ

Prof. Buchelt zarządzaniem zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia zajmuje się od ponad 20 lat. Od kilku lat natomiast skupiła się przede wszystkim na zarządzaniu lekarzami. Temu między innymi został poświęcony jej projekt badawczy realizowany w ramach stypendium Fulbright Senior Award. Propozycja szkoleń stacjonarnych motywowana jest chęcią udostępnienia lekarzom narzędzi poprawy jakości ich pracy w wymiarze zarówno społecznym, jak i organizacyjnym. Chodzi o to, aby zapoznać słuchaczy z narzędziami poprawiającymi szeroko pojęte warunki

Propozycja szkoleń stacjonarnych motywowana jest chęcią udostępnienia lekarzom narzędzi poprawy jakości ich pracy w wymiarze zarówno społecznym, jak i organizacyjnym.

ich pracy, w tym relacje ze współpracownikami, atmosferę pracy czy organizację zadań przez nich realizowanych.

– Personel lekarski jest wypalony, przemęczony, sfrustrowany i zapracowany. Aby sobie z tym poradzić, lekarz i lekarz dentyista powinni zadbać o rozwój kompetencji pozaspecjalistycznych, sprzyjających poprawie efektywności pracy. Pomocne w tym względzie są narzędzia, jakie dostarcza nauka o zarządzaniu. Oczywiście mam świadomość, że zaproponowane szkolenia nie rozwiążą wszystkich problemów i nie zmienią z dnia na dzień rzeczywistości, w jakiej funkcjonujemy, ale od czegoś trzeba zacząć – zaznacza prof. Buchelt.

TRZY SZKOLENIA STACJONARNE

Program obejmuje trzy szkolenia. Pierwsze już się odbyło i dotyczyło rozwoju kompetencji pozaspecjalistycznych

lekarzy. Wymiernym efektem tego szkolenia było stworzenie indywidualnych planów rozwoju kompetencji pozaspecjalistycznych słuchaczy. Drugie, pod enigmatycznym tytułem „Zarządzanie performansem personelu medycznego”, odbędzie się 29 listopada. Wykorzystanie w tytule szkolenia korporacyjnego slangu miało wyrażnie wyeksponować podstawowe założenie koncepcji „Performance Management (PM)” w wymiarze ludzkim. W polskiej literaturze przedmiotu anglojęzyczny termin PM tłumaczony jest jako zarządzanie efektywnością – czy to organizacyjną, czy pracowniczą. – Takie tłumaczenie ma swoje konotacje percepcyjne. Potencjalni słuchacze myślą o wymiernych wynikach pracy. A tu wcale o to nie chodzi! – podkreśla Beata Buchelt i dodaje: – PM to proces zarządzania kompetencjami i zachowaniami na stanowisku pracy, które prowadzą do realizacji celów jednostki, zespołu i organizacji. Upraszczając: aby osiągnąć cel, trzeba skupić się na drodze do tego celu, a w zarządzaniu zasobami ludzkimi mamy do tego odpowiednie narzędzia, z którymi chcę zapoznać słuchaczy.

Trzecie szkolenie, które odbędzie się 30 listopada, jest na temat organizacji pracy zespołu. Szkolenie wychodzi na przeciw współczesnym trendom w zakresie organizacji pracy w podmiotach ochrony zdrowia i dotyczy m.in. takich zagadnień jak: etapy rozwoju zespołu, role w zespole czy też narzędzia zarządzania pracą grupową.

Niedobór snu zwiększa ryzyko chorób

Mniej niż pięć godzin snu na dobę może zwiększać ryzyko rozwoju co najmniej dwóch chorób przewlekłych – tak wynika z badania opublikowanego w czasopiśmie „PLOS Medicine”.

Badanie analizowało wpływ czasu snu na zdrowie ponad 7 tys. mężczyzn i kobiet w wieku 50, 60 i 70 lat. Naukowcy przeanalizowali związek między tym, jak długo każdy uczestnik spał, ze śmiertelnością i z tym, czy zdiagnozowano u niego dwie lub więcej chorób przewlekłych, takich jak choroby serca, rak lub cukrzyca (w ciągu 25 lat).

Ludzie, którzy w wieku 50 lat spali pięć godzin lub mniej, byli o 20 proc. bardziej narażeni na zdiagnozowanie choroby przewlekłej i o 40 proc. bardziej narażeni na zdiagnozowanie dwóch lub więcej chorób

przewlekłych w ciągu 25 lat, w porównaniu do osób, które spały do siedmiu godzin. Dodatkowo spanie przez pięć godzin lub mniej w wieku 50, 60 i 70 lat wiązało się z 30-40 proc. zwiększonym ryzykiem wielochorobowości.

Naukowcy odkryli również, że czas snu wynoszący pięć godzin lub mniej w wieku 50 lat wiązał się z 25 proc. zwiększonym ryzykiem śmiertelności w ciągu 25 lat obserwacji, co można wytłumaczyć głównie faktem, że krótki czas snu zwiększa ryzyko chorób przewlekłych, które z kolei zwiększają ryzyko śmierci.

– Wielochorobowość wzrasta w krajach o wysokim dochodzie, a ponad połowa osób starszych ma co najmniej dwie choroby przewlekłe. Okazuje się, że jest to poważne wyzwanie dla zdrowia

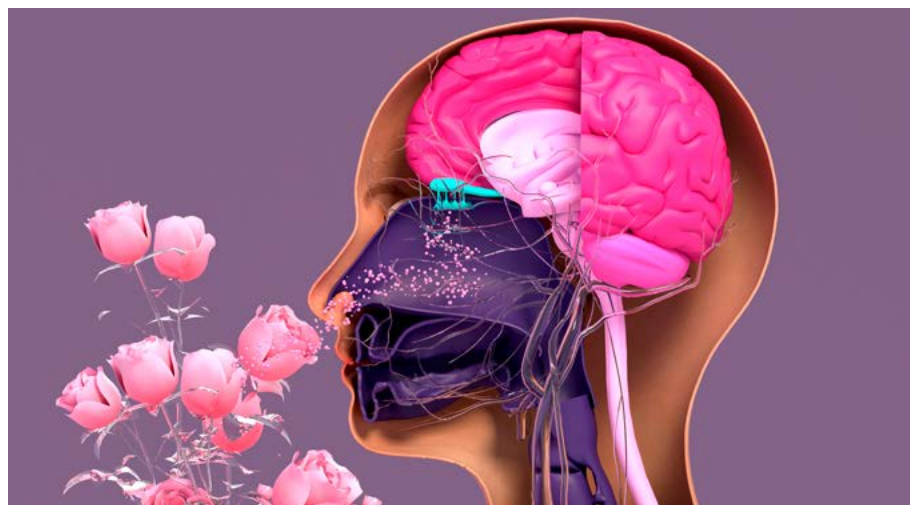
publicznego, ponieważ wielochorobowość to duże zaangażowanie opieki zdrowotnej, hospitalizacje i niepełnosprawność – powiedział główny autor badania, dr Severine Sabia z UCL Institute of Epidemiology & Health i Inserm, Université Paris Cité (Francja). Wraz z wiekiem zmieniają się nawyki snu i jego struktura. Zaleca się jednak spanie od 7 do 8 godzin na dobę. – Aby zapewnić lepszy sen w nocy, ważne jest promowanie dobrej higieny snu, takiej jak upewnienie się przed snem, że sypialnia jest cicha, ciemna i ma komfortową temperaturę. Zaleca się również usunięcie urządzeń elektronicznych i unikanie obfitych posiłków przed snem. Aktywność fizyczna i ekspozycja na światło w ciągu dnia mogą również promować dobry sen – zauważa badacz. ■■■

Źródło: journals.plos.org

Zapach Parkinsona

Naukowcy odkryli, że zapachy osobiste mogą zmieniać się u osób z chorobą Parkinsona. Na tej podstawie zidentyfikowali określone markery choroby Parkinsona w sebum. Opracowali nowy, nieinwazyjny test wymazowy, który może identyfikować tę chorobę z 95-proc. dokładnością.

Prof. Perdita Barran i Joy Milne z University of Manchester (Anglia) pracują nad sposobami poprawy diagnozowania choroby Parkinsona. Joy Milne to „super wąchacz”. Cierpi na rzadką chorobę, zwaną hiperosmią, która daje niezwykle wrażliwy węch. Przez całe życie doświadczała świata inaczej niż osoby z normalnym powonieniem. Kiedy została pielęgniarką, zauważyła, że ludzie z różnymi chorobami mają inny zapach. Początkowo nie wiązała zapachów z konkretnym schorzeniem, ale kiedy u jej męża zdiagnozowano chorobę Parkinsona (PD), wszystko się zmieniło. – Zapach mojego męża zmienił się, gdy miał około 30 lat – z dość standardowego zapachu piżma na nieprzyjemny zapach stęchlizny – opowiada. – Mniej więcej 12 lat później zdiagnozowano u niego chorobę Parkinsona. Kiedy uczęszczaaliśmy do grupy wsparcia Parkinsona, zdałam sobie sprawę, że wszyscy inni chorzy mają ten sam zapach – wspomina.



To właśnie ta wyjątkowa umiejętność zwróciła uwagę Perdity Barran, profesor spektrometrii mas w Manchester Institute of Biotechnology na Uniwersytecie w Manchesterze. – Zdaliśmy sobie sprawę, że jeśli Joy może wyczuć chorobę Parkinsona u osób cierpiących na to schorzenie, to oznacza, że w ich organizmach musi się dziać coś wyjątkowego, dlatego postanowiliśmy ustalić, co przyczynia się do powstawania tego specyficznego zapachu – wyjaśnia prof. Perdita Barran.

Barran i Milne blisko ze sobą współpracowały przez ostatnich kilka lat, aby

zidentyfikować konkretne molekuły, które nadają chorobie Parkinsona zapach. Wykorzystując spektrometrię mas, odkryli, że w sebum znajdują się charakterystyczne markery tej choroby. Ten przełom przyczynił się do opracowania nieinwazyjnego testu wymazowego, który w połączeniu z wystąpieniem wczesnych objawów może zidentyfikować chorobę Parkinsona z około 95-proc. dokładnością. Jeszcze bardziej zdumiewająca jest szybkość, z jaką test może zwrócić wynik – to około trzech minut w warunkach laboratoryjnych. ■■■

Źródło: neurosciencenews.com

WYDARZENIA

Interdyscyplinarnie o raku płuca



W dniach 17-19 listopada w Warszawie odbędzie się XVI Konferencja Polskiej Grupy Raka Płuca. Wydarzenie organizuje PGRP we współpracy z International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC). „Gazeta Lekarska” objęła konferencję patronatem medialnym.

Spotkanie jest przeznaczone dla wszystkich, których interesują zagadnienia

związane z diagnostyką i leczeniem nowotworów płuca oraz obszaru klatki piersiowej (m.in. dla torakochirurgów, pulmonologów, onkologów klinicznych, radioterapeutów, diagnostów molekularnych i laboratoryjnych, patomorfologów, radiologów, rehabilitantów).

- Ze względu na olbrzymi postęp, jaki dokonuje się w leczeniu nowotworów płuca i klatki piersiowej, tegoroczny

program konferencji zaspokoi oczekiwania nawet najbardziej wymagających, a zaproszeni wybitni wykładowcy przekażą najnowsze doniesienia i zalecenia w diagnostyce i leczeniu raka płuca - przekonuje prof. Dariusz M. Kowalski, prezes Polskiej Grupy Raka Płuca.

Strona konferencji:

<https://rakpluca2022.pl/>

Jesień immunologiczna

JESIEŃ
IMMUNOLOGICZNA



III Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Jesień Immunologiczna” coraz bliżej. Tegoroczna edycja odbędzie się w dniach 17-19 listopada na Uniwersytecie Rzeszowskim. „Gazeta lekarska” objęła to wydarzenie patronatem medialnym.

Spotkanie ma charakter międzynarodowy i jest skierowane do studentów uczelni wyższych, doktorantów

i lekarzy rezydentów zainteresowanych szeroko rozumianą problematyką immunologiczną. W programie tegorocznej edycji dużo miejsca poświęcono roli immunologii w praktyce klinicznej wielu specjalności. Podczas pierwszego dnia konferencji wykład inauguracyjny wygłosi światowej sławy immunolog prof. Paul V. Lehmann z Case Western Reserve University, Cleveland w Ohio.

Organizatorami konferencji są m.in. Studenckie Koło Immunologii oraz Zakład Immunologii Człowieka przy Instytucie Nauk Medycznych Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego i Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland Oddział Rzeszów. Oficjalna strona wydarzenia: <https://fb.me/e/53wDQ00za>

O tym się nie mówi

21 października, przed posiedzeniem Naczelnej Rady Lekarskiej, z inicjatywy prezesa Wojskowej Izby Lekarskiej, wyemitowany został film dokumentalny dziennikarza Marka Osiecimskiego „O tym się nie mówi”.

Opowiada on o dramacie kobiet, które doświadczyły traumy związanej

z koniecznością donoszenia ciąży z wadami embriopatologicznymi, które nie pozwalają na przeżycie płodu lub powodują śmierć dziecka po narodzinach albo w niedługim czasie po jego urodzeniu. Bohaterami filmu są także lekarze i pielęgniarki, którzy spotykają się w pracy z takimi pacjentkami. Ich

relacje są wstrząsające i otwierają drogę do dyskusji w środowisku prawnym i medycznym.

Więcej na portalu „GL”

GazetaLekarska.pl

RELACJA

Gloria Medicinae

Jarosław Wanecki

Po raz 33. w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie honorowano Medalem „Gloria Medicinae”. Uroczystość Polskiego Towarzystwa Lekarskiego pod patronatem Pani Prezydentowej Agaty Kornhauser-Dudy uświetnił koncert solistów Zespołu Pieśni i Tańca „Śląsk” z Koszęcina. Wszystko odbyło się zgodnie z tradycją. Przy śpiewie „Gaudae Mater Polonia” do zdobnej w złote stiuki i freski auli wkroczył orszak lekarski z prezesem PTL prof. Waldemarem Kostewiczem i Kanclerzem Kapituły prof. Jerzym Woy-Wojciechowskim. Całość prowadziła Alicja Woy-Wojciechowska, przedstawiająca zasługi laureatów AD 2022. Po „Hymnie Lekarzy”, jako pierwszą zaproszono doktor Krystynę Podgóorską-Baraniecką z Warszawy, która otrzymała tytuł Meritus Nobilis z sygnetem. Odznaczenia „Zasłużonemu Polskie Towarzystwo Lekarskie” odebrali: doktor Anna Bednarska-Czerwińska, prof. Tomasz Zubilewicz, prof. Piotr Terlecki



Dr Leszek Dudziński

oraz doktor Gizela Gellert. Z pewnym opóźnieniem z powodu pandemii przypominano o jubileuszu Domu Lekarza Seniora, w którym wziął udział prezes NRL

Łukasz Jankowski. Animatorem 30-lecia była, nagrodzona odznaką „Zasłużona dla PTL”, mgr Barbara Pietrzak – psycholog i pensjonariuszka DLS, autorka książki „Jest takie miejsce na ziemi”, opisującej dzieje powstania i funkcjonowania „lekarzkiego Skolimowa”. Kulminacyjnym punktem gali było odznaczenie Medalem „Gloria Medicinae”. Do zaszczytnego kręgu, obecnie niemal trzystu lekarzy i lekarzy dentystów, dopisano „za ofiarną służbę ludziom, za najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, za sumienne i godne wykonywanie sztuki leczenia...”: Andrzeja Horbana z Warszawy, Leszka Dudzińskiego z Olsztyna, Kalinę Kawecką-Jaszczyk z Krakowa, Piotra Konopkę z Paryża, Hannę Zajackiewicz z Olsztyna, Piotra Szopińskiego z Warszawy i Kazimierza Widenka z Rzeszowa. Długo oklaskiwano zespół „Śląsk”. Pięknie dziękowano laureatom. Gratulacjom i fotografiom w królewskich salach nie było końca. Za rok kolejna gala. ■■■

WYDARZENIA

Medycyna za drutami

W dniach 19-21 września w Krakowie odbyła się 4. edycja międzynarodowej konferencji Medical Review Auschwitz: Medicine Behind the Barbed Wire („Przegląd Lekarski Oświęcim – medycyna za drutem kolczastym”). Celem tego corocznego wydarzenia jest edukacja lekarzy i studentów medycyny oraz innych osób pracujących w ochronie zdrowia na temat naruszeń etyki medycznej w czasie II wojny światowej, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zachowania pracowników medycznych w niemieckich nazistowskich instytucjach medycznych, obozach koncentracyjnych i innych miejscach uwięzienia oraz na wnioski, jakie płyną

dla współczesnej praktyki medycznej i polityki zdrowotnej z doświadczenia medycyny nazistowskiej.

Konferencję zorganizował Polski Instytut Evidence Based Medicine razem z Towarzystwem Lekarskim Krakowskim i wydawnictwem Medycyna Praktyczna, we współpracy z Państwowym Muzeum Auschwitz-Birkenau, Departamentem Bioetyki i Holokautu przy Międzynarodowej Katedrze Bioetyki w Hajfie (Izrael), Harvard Medical School Center for Bioethics, University of Colorado Center for Bioethics and Humanities, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, Centrum św. Maksymiliana

w Harmężach i Polskim Towarzystwem Opieki Duchowej w Medycynie, pod auspicjami American College of Physicians, i dzięki wsparciu finansowemu udzielonemu przez Ministra Edukacji i Nauki w ramach programu DIALOG. Uczestnicy konferencji odwiedzili KL Auschwitz, obejrzeli wystawę prac Mariana Kołodzieja „Klische pamięci. Labirynty” w Harmężach i wzięli udział w warsztatach bioetycznych. Na zakończenie odbyła się w Teatrze Słowackiego gala, podczas której wręczono po raz pierwszy nagrody im. Zdzisława Jana Ryna, zmarłego w tym roku redaktora „Przeglądu Lekarskiego Oświęcim” i pomysłodawcy konferencji. ■■■

RELACJA

HISTORYCZNA ZMIANA WE WŁADZACH OZZL

W Gdańsku, w dniach 14-15 października, obradował XVI Krajowy Zjazd Delegatów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. W części wyborczej zjazdu doszło do historycznego wydarzenia.

Ryszard Kijak Członek ORL w Białymstoku, działacz OZZL

Związek zawodowy to odwaga, niezgoda na trzeszczącą rzeczywistość, dbałość o dobro wspólne. Związkowcy wiedzą najlepiej, że nawet mała zmiana w dyżurce czy na oddziale ma wpływ na zmiany na lepsze w całym systemie – stwierdził prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski, który wziął udział w zjeździe w podwójnej roli, jako reprezentant samorządu lekarskiego oraz jako delegat Regionu Mazowieckiego OZZL. W części wyborczej zjazdu doszło do historycznego wydarzenia. Krzysztof Bukiel, założyciel i dotychczasowy charyzmatyczny

przewodniczący OZZL, który od początku istnienia związku (przez 31 lat) nieprzerwanie kierował nim, postanowił nie zgłaszać swojej kandydatury na przewodniczącego. Swoją decyzję uzasadnił chęcią umożliwienia przewodniczenia związkowi komuś innemu, jeśli jego osoba stanowiłaby przeszkodę w poprawie skuteczności działania OZZL. Przyznał też, iż prawdopodobnie zabrakło mu już energii do uczestniczenia w rozmowach z rządzącymi i z Ministerstwem Zdrowia, gdzie nie da się dostrzec woli do merytorycznego dialogu i związkowe argumenty są ignorowane. – Wiąże szczególne nadzieje

z osobą przewodniczącą NRL Łukasza Jankowskiego, który wywodzi się z Porozumienia Rezydentów OZZL. Ma zatem doświadczenie w pracy związkowej, co powinno przyczynić się do ułożenia dobrej współpracy pomiędzy samorządem a związkiem, przynajmniej w zakresie warunków pracy i płacy lekarzy. Obydwie organizacje powinny wspólnie występować do Ministerstwa Zdrowia i innych instytucji z jednolitym stanowiskiem – dodał Krzysztof Bukiel, który nie zrywa z działalnością związkową, ponieważ znalazł się w gronie dziesięciu wybranych przez zjazd delegatów, którzy wraz z piętnastoma przewodniczącymi regionów związku będą tworzyć Zarząd Krajowy OZZL.

Nową przewodniczącą Zarządu Krajowego OZZL została Grażyna Cebula-Kubat z Częstochowy, delegatka Regionu Śląskiego, dotychczasowa wiceprzewodnicząca ZK OZZL. W swoim wystąpieniu wymieniła najważniejsze problemy środowiska lekarskiego, na których związek skupia uwagę. W pierwszym rzędzie jest to kreowanie kultury bezpieczeństwa w polskich szpitalach, zarówno dla lekarza jak i pacjenta. Należy dążyć do określenia norm zatrudnienia lekarzy, ograniczenia liczby godzin pracy, aby pacjent nie ucierpiał z powodu braków kadrowych i przemęczenia medyków. ■■■

KOMENTARZ



Grażyna Cebula-Kubat

Przewodnicząca OZZL, pediatra, nefrolog

Jednym z moich priorytetów będzie kreowanie kultury bezpieczeństwa w szpitalach. Jej definicja jest bardzo szeroka, ale w skrócie to zestaw wartości kreujących określone wzorcowe zachowania i działania skoncentrowane na ochronie zdrowia i życia pracowników. Kulturę bezpieczeństwa w polskich szpitalach, warunkującą bezpieczeństwo pacjentom i lekarzom, będziemy kreować poprzez starania o wprowadzenie norm zatrudnienia dla lekarzy. Do tej pory mamy tylko normy kontraktowania (dwa

etaty lekarzy specjalistów). Bezpieczeństwo pracy na oddziale zależy od liczby lekarzy, a jeżeli ich liczba jest nieadekwatna do obciążenia pracą, to wpływa to niekorzystnie na bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy. Z normami zatrudnienia wiąże się kwestia ograniczenia liczby godzin pracy. Jeżeli lekarze będą bardziej wypoczęci, to możliwość wystąpienia zdarzeń niepożądanych i wypalenia zawodowego zostanie mocno ograniczona. Nasz związek musi budować świadomość zarówno w środowisku medycznym, jak i wśród społeczeństwa, że lekarze są pracownikami, a z powodu przemęczenia nie zawsze mają siły, aby traktować pacjentów po partnersku. Tego, i bardzo słusznie, oczekują od nas pacjenci, ale nie zawsze to jest łatwe, kiedy pracuje się na kilku etatach. Jednym z elementów kultury bezpieczeństwa w szpitalach i jednostkach medycznych powinna być zmiana zarządzania z hierarchii pionowej na promowanie systemu partnerskiego. O strukturze szpitali i placówek medycznych powinno się myśleć jako o jednostkach pozostających w rozbudowanej zależności i budując

równolegle kulturę większego szacunku dla siebie nawzajem. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy powoła komisję ds. przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji, która będzie działała na rzecz kreowania dobrych praktyk w szpitalach i placówkach medycznych. Następną bardzo ważną sprawą to system no-fault – leczenie bez lęku i presji prokuratora. Powinniśmy mieć odwagę rozmawiać o zdarzeniach niepożądanych i wypracowywać takie procedury, aby więcej do takich zdarzeń do dochodziło. OZZL popiera starania NIL o wprowadzeniu systemu no-fault, tak abyśmy mogli bez strachu podejmować działania z myślą o ratowaniu zdrowia i życia pacjentów, koncentrując się na leczeniu zgodnie z najnowszymi osiągnięciami wiedzy medycznej. Jako OZZL będziemy także pracować nad poprawą wizerunku lekarzy w mediach oraz ich odbioru społecznego, ale tu potrzeba zniesienia obowiązku refundacji leków oraz odbiurokratyzowania pracy lekarzy (wprowadzenie efektywnych systemów elektronicznych i asystenckich medycznych). ■■■

OPIEKA KOORDYNOWANA – DO REALIZACJI DALEKO

Zmiany, jakie zachodzą w podstawowej opiece zdrowotnej, dotyczące poszerzania kompetencji lekarzy tego sektora lecznictwa, wywołują szereg kontrowersji, które dodatkowo nasiliło wprowadzenie od 1 października opieki koordynowanej.

Lucyna Krysiak Dziennikarz

Rozporządzenie Ministra Zdrowia, oferujące w przychodniach ten zakres usług, w opinii świadczonych, którzy mają je realizować, ma zbyt ogólny charakter. Jednak głównym problemem, który lekarze POZ sygnalizują, jest niemożność zabezpieczenia w większości placówek, szczególnie w małych praktykach, konsultacji specjalistycznej pacjentom, co jest jednym z założeń opieki koordynowanej. Rozporządzenie nie uwzględnia też innych aspektów dotyczących wdrożenia zapisanych w nim regulacji. Nie określa m.in., jak przygotować systemy informatyczne do koordynowania opieki medycznej, nie rozwiązuje problemu deficytu kadr wśród lekarzy i pielęgniarek zdolnych do pełnienia roli koordynatorów, a także braku lokali.

UPRZYWILEJOWANE DUŻE PORADNIE

Reforma POZ rozpoczęła się 1 lipca. W pierwszym jej etapie rozszerzono zakres badań, jakie może zlecać lekarz rodzinny, i wprowadzono inny sposób ich finansowania – poprzez budżet powierzony, czyli płatność za wykonane świadczenie, a nie w ramach stawki kapitałowej. Obecnie 10 tys. podmiotów ma podpisane z NFZ umowy obejmujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, co dobrze rokuje dla reformy, ale podpisanie umów na opiekę

koordynowaną nie budzi zainteresowania. – Sposób wprowadzania opieki koordynowanej wywołał sprzeciw, ponieważ daje szansę powodzenia tylko dużym podmiotom, zorganizowanym na wzór istniejących w przeszłości ZOZ-ów, które mają w swojej strukturze POZ, AOS, a także zaplecze szpitalne.

Takie podmioty, jak gabinety lekarzy rodzinnych, nie są w stanie spełnić warunków określonych w rozporządzeniu – zaznacza Lidia Klichowicz, prowadząca praktykę lekarza rodzinnego w Łodzi.

Opieka koordynowana składa się z kompleksowej porady, badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych, porad edukacyjnych oraz konsultacji dietetycznych. Porada ma obejmować pogłębiony wywiad, zestaw badań, analizę ich wyników i ewentualną konsultację ze specjalistą. Z założenia powinna skrócić ścieżkę diagnostyczną, uprościć monitorowanie choroby i postępowanie w przypadku, kiedy chory nie wymaga skomplikowanego leczenia specjalistycznego. Wiąże się to z przejęciem przez POZ części pacjentów, którzy leczą się w poradniach specjalistycznych, co skróciłoby kolejki

i dostęp do poradni specjalistycznych.

– To wszystko dobrze brzmi w założeniach, ale ciężar zorganizowania opieki koordynowanej spada na barki lekarzy opieki podstawowej, co przerasta małe podmioty – tłumaczy Lidia Klichowicz i dodaje, że tego rodzaju reforma powinna być wprowadzona z rozmysłem, etapami i po dłuższym pilotażu. Ubolewa też, że po raz kolejny lekarze rodzinni zostali praktycznie postawieni przed faktem dokonanym, nie mając szansy wypowiedzieć się na ten temat.

WIELE NIEWIADOMYCH

– Opieka koordynowana to ogromne wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej, a została wprowadzona, nie uwzględniając przeszkód, jakie najpierw należało pokonać, i bez szerokich konsultacji ze środowiskiem, przede wszystkim lekarzy rodzinnych, pielęgniarek, ale też innych specjalistów, którzy mają być w ten projekt zaangażowani jako konsultanci – podkreśla dr Paweł Lewek, adiunkt z Zakładu Medycyny Rodzinnej UM w Łodzi. Jego zdaniem takie rozporządzenie powinno mieć dłuższe vacatio legis, aby uniknąć pułapek związanych z brakiem

Brak specjalistów i zbyt niskie wyceny ich konsultacji – to największe problemy, które mogą stanąć na drodze wdrażania opieki koordynowanej.

szczegółowych wytycznych w tej sprawie. Lekarze POZ liczą, że takie wytyczne pojawią się wraz z wydaniem zarządzenia prezesa NFZ, które ma precyzować, w jaki sposób opieka koordynowana ma być realizowana. Jednak i tu pojawiły się wątpliwości.

- Jest zbyt wiele niewiadomych, których zarządzeniem prezesa NFZ się nie rozwiąże, zarówno natury organizacyjnej, administracyjnej, ale też prawnej, np. dotyczącej podpisywania umów z lekarzami specjalistami konsultującymi pacjentów objętych opieką koordynowaną. Nie wiadomo, kto ma podpisywać taką umowę i jaka ma być jej treść - tłumaczy Paweł Lewek i podkreśla, że jest zwolennikiem prawa, które działa i do którego wszyscy mogą się odnieść, a w tym wypadku nie spełnia ono oczekiwań świadczeniodawców. Dotyczy to zbyt niskiego finansowania świadczenia, jakim jest opieka koordynowana. Wyliczono, że dla poradni, pod opieką których znajduje się 1,5-2,5 tys. osób, wprowadzenie opieki koordynowanej jest nieopłacalne, a takich placówek jest w Polsce najwięcej. - Obawiamy się, że będziemy mieć POZ dwóch prędkości, co oznacza, że świadczeniodawcy z dużą liczbą pacjentów i zapleczem typu AOS czy tzw. szpitale jednego dnia, często zasilane z prywatnego sektora, będą miały większe możliwości realizacji reformy w podstawowej opiece zdrowotnej, a małe praktyki nie będą w stanie jej udźwignąć - mówi Paweł Lewek. Brak specjalistów i zbyt niskie wyceny ich konsultacji - to największe problemy, które mogą stanąć na drodze wdrażania opieki koordynowanej.

TO BĘDZIE POWOLNY PROCES

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia jest podana lista chorób objętych działaniami koordynatora. Znajdują się na niej choroby podstawowe, takie jak nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, przewlekła choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, cukrzyca, astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niedoczynność tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy. Określone są też zasady ścieżek diagnostycznych.

- Jesteśmy za ideą opieki koordynowanej, ponieważ może ona zapewnić pacjentom lepsze leczenie, uporządkować system, lepiej wykorzystać potencjał, którym dysponujemy, ale do realizacji tych zamierzeń jest nam jeszcze daleko,



będzie to więc proces powolny - twierdzi dr Tomasz Zieliński, wiceprezes Federacji „Porozumienie Zielonogórskie”. Zauważa, że dla lekarzy i pielęgniarek jest to jeszcze nieznany teren, którzy - wbrew wyobrażeniom rządzących - potrzebują edukacji w tym zakresie. Dostrzega jednak nowe możliwości pozyskiwania kadr do pełnienia funkcji koordynatorów spośród absolwentów szkół zdrowia publicznego, ale na to trzeba miesięcy, a także konkretnej puli pieniędzy, by móc ich opłacić. Świadczeniodawcy potrzebują też czasu, aby mogli się merytorycznie i mentalnie przygotować do podpisania umów na opiekę koordynowaną. Na razie jest mało podmiotów gotowych na taką zmianę.

Według ankiety przeprowadzonej przez Federację „Porozumienie Zielonogórskie”, na ten moment gotowych do wejścia w system opieki koordynowanej jest zaledwie 10 proc. podmiotów. - To nie jest obligatoryjne, wymogiem jest dostępność do konsultacji specjalistycznych, badań specjalistycznych i dietetyków, a tych ostatnich mało kto zatrudnia w swojej praktyce - mówi Tomasz Zieliński. Dieta jest jednym z ważniejszych elementów opieki koordynowanej, ale dietetyk nie jest zawodem stricte medycznym i już na etapie tworzenia zarysu opieki koordynowanej był problem ze zdefiniowaniem, kto może udzielać porad dietetycznych, a kto nie. Prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, krajowy konsultant ds.

medycyny rodzinnej, mimo tych trudności zachęca do podpisywania umów na opiekę koordynowaną. Uważa, że projekt jest rozwojowy i są na niego pieniądze (12,5 mld zł), po które należy sięgnąć.

SZCZEGÓŁY DO DOPRACOWANIA

Dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes ZG Kolegium Lekarzy Rodzinnych, przypomina, że koordynacja opieki zdrowotnej była jednym z zadań postawionych przed specjalistami medycyny rodzinnej już 30 lat temu i lekarze rodzinii koordynują opiekę nad swoimi pacjentami w obrębie POZ oraz w odniesieniu do całego systemu ochrony zdrowia. Od początku ogłoszenia przez MZ projektu opieki koordynowanej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych zgłasza swoje uwagi na ten temat, które, reasumując, brzmią: opieka koordynowana tak, jej organizacja nie. - Sposób organizacji opieki koordynowanej zaproponowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia jest zbyt pobieżny, a diabeł tkwi w szczegółach - mówi dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk i zastrzega, że wątpliwości dotyczą m.in. sposobu rozliczania świadczeń z NFZ, np. w sytuacji, kiedy pacjent zrezygnuje z opieki koordynowanej. - Jak rozliczyć tego rodzaju usługę, jeśli pacjent zrezygnuje z opieki koordynowanej zaraz po wykonaniu wszystkich badań diagnostycznych? - pyta i nadmienia, że takich szczegółów wymagających wyjaśnienia jest znacznie więcej. Jej zdaniem nie doprecyzowano sposobu dokumentowania konsultacji lekarz-lekarz, możliwości wyboru przez pacjenta lekarza specjalisty, który go będzie konsultował w związku z jego chorobą, realizacji opieki koordynowanej tam, gdzie nie ma możliwości podpisania umów z innymi specjalistami. Zbyt niskie finansowanie pracy koordynatora nie pozwala też na jego zatrudnienie w małych placówkach. Zatem jest zgoda co do tego, że opieka koordynowana jest konieczna, aby fundament ochrony zdrowia, jakim jest POZ, mógł się rozwijać, a dzięki temu jeszcze lepiej dbać o pacjentów. Nałożone przez NFZ zasady sprzyjają jednak rozwojowi koordynacji w dużych miastach i sieciach przychodni, których pacjenci z racji wyższego statusu materialnego i tak są na uprzywilejowanej pozycji. Teraz kluczowe będzie, by NFZ wprowadził zmiany w zarządzeniu, które pozwolą na upowszechnienie opieki koordynowanej wśród pacjentów, którzy jej najbardziej potrzebują, tj. w małych miejscowościach. ■■■

ZE ŚWIATA

Co ustalono na berlińskim szczycie WMA?



Podczas tegorocznego posiedzenia Zgromadzenia Ogólnego Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association) podjęto szereg ważnych decyzji, m.in. wyłoniono nowe władze organizacji i zaktualizowano Międzynarodowy Kodeks Etyki Lekarskiej.

Spotkanie odbyło się w dniach 5-8 października w Berlinie i zgromadziło 57 przedstawicieli organizacji zrzeszających lekarzy na całym świecie. Nowym prezydentem WMA (na kadencję 2022-2023) został dr Osahon Enabulele (były szef Nigerian Medical Association). Na prezydenta elekta WMA wybrano dr Lu-jain Alqodmani z Kuwejtu, która przejmie prezydenturę od Nigeryjczyka jesienią przyszłego roku.

Jednym z głównych punktów obrad było przyjęcie aktualizacji Międzynarodowego Kodeksu Etyki Lekarskiej (konsultacje w sprawie rewizji tego dokumentu trwały trzy lata). Kodeks przyjęto w 1949 r. i od tamtego czasu był on trzy razy zmieniany, po raz ostatni w 2006 r. Aktualizacja, na którą zdecydowano się w tym roku, zawiera m.in. zapisy na temat poszanowania autonomii pacjenta, dobrostanu lekarza, odnosi się także do prawa lekarza do działania w zgodzie z klauzulą sumienia (i ograniczeń z tym związanych). W rewizji kodeksu zawarto także kwestie związane z leczeniem na odległość, podkreślając, że w przypadku

świadczenia opieki medycznej zdalnie, lekarz musi upewnić się, że ta forma konsultacji jest wystarczająca do udzielenia potrzebnej pomocy medycznej. Lekarz musi także uzyskać zgodę pacjenta na taką formę leczenia, a tam, gdzie jest to medycznie uzasadnione, trzeba dążyć do zapewnienia pacjentowi bezpośredniej, osobistej wizyty. Ponadto w aktualizacji kodeksu zapisano, że lekarz powinien dążyć do praktykowania medycyny w sposób, który jest zrównoważony dla środowiska.

Podczas posiedzenia delegaci Zgromadzenia Ogólnego WMA po raz kolejny zadeklarowali swoje poparcie dla lekarzy w Ukrainie i potępił agresywne ataki armii rosyjskiej na obiekty związane z infrastrukturą medyczną w tym kraju. Uzgodniono także wytyczne dotyczące etycznego korzystania z mediów społecznościowych przez lekarzy (m.in. o niepublikowaniu „beztroskich” opinii w sprawach medycznych). Delegaci wezwali też krajowe stowarzyszenia medyczne do opracowania wytycznych dotyczących zwalczania dezinformacji oraz pseudonauki i pseudoterapii, mogących nieść negatywne skutki zdrowotne dla pacjentów.

Kolejne posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego WMA odbędzie się w Kigali (Rwanda) w październiku 2023 r.

Źródło: WMA

Polacy w czołówce niezadowolonych z opieki zdrowotnej

Czy Europejczycy są zadowoleni z systemu opieki zdrowotnej w swoich krajach? Jak wynika z najnowszej edycji „Stada Health Report”, 64 proc. respondentów dobrze ocenia system ochrony zdrowia w kraju, w którym mieszka (spadek o 7 proc. w porównaniu z ubiegłym rokiem).

W badaniu udział wzięło 30 tys. osób z 15 krajów. W rankingu najlepiej zostały ocenione systemy ochrony zdrowia Belgii (86 proc.), Szwajcarii (84 proc.), Niemczech (83 proc.). Ten ostatni kraj jest także jedynym, w którym satysfakcja z systemu opieki zdrowotnej wzrosła w ciągu ostatniego roku. Najgorzej wypadły Kazachstan (25 proc.), Rumunia (31 proc.), Serbia (31 proc.) i Polska (36 proc.).

W raporcie zadawano Europejczykom także bardziej szczegółowe pytania związane z ochroną zdrowia, m.in. zapytano ich o stosunek dla świadczeń telemedycznych. Co się okazało? Ok. 64 proc. Europejczyków jest skłonnych skorzystać z konsultacji online z lekarzem (wzrost o 7 proc. w porównaniu z 2021 rokiem). Największymi zwolennikami e-wizyt są mieszkańcy Portugalii (86 proc.), Rumunii (79 proc.) oraz Hiszpanii (78 proc.). W Polsce ponad połowa osób (58 proc.) jest za skorzystaniem z e-wizyty. Bardziej sceptyczni co do tej formy kontaktu są Austriacy i Niemcy (po 55 proc.) oraz Czesi (54 proc.). Najmniejsze poparcie dla konsultacji online wyrazili Belgowie (47 proc.). Wśród największych minusów zdalnej wizyty wymieniano brak bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Z kolei e-konsultacje bardzo cenili sobie mieszkańcy obszarów wiejskich, dla których dojazd do specjalisty często jest utrudniony.

O ZDROWIU W KAJETANACH

Pod hasłem „Profilaktyka zdrowotna i innowacyjne rozwiązania w ochronie zdrowia” przebiegał tegoroczny Kongres „Zdrowie Polaków”. To już czwarta edycja tego wydarzenia.

Marta Jakubiak Redaktor naczelna

W ciągu dwóch dni w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach odbyło się 7 debat, 56 paneli i 50 wykładów. W kongresie wzięło udział kilkuset wybitnych ekspertów medycyny, ochrony zdrowia, przedstawicieli parlamentu, urzędów centralnych, samorządów, środowisk akademickich (uniwersytetów, uczelni medycznych i niemedycznych), przedstawicieli organizacji pacjenckich i mediów. Obrady były transmitowane na żywo i można było je śledzić online na sześciu kanałach.

- Celem tegorocznego kongresu jest pokazanie współczesnych możliwości medycyny oraz budowanie postaw prozdrowotnych poprzez wdrażanie różnorodnych programów profilaktycznych - mówił prof. Henryk Skarżyński, pomysłodawca i organizator tego wydarzenia. Podczas uroczystego otwarcia głos zabrał także Łukasz Jankowski, prezes NRL. - Bardzo się cieszę, że w trakcie kongresu nie zabraknie dyskusji o kształceniu oraz interdyscyplinarnego podejścia do kadr medycznych i ich roli. Ostatnio coraz częściej mówi się o tym, że Polacy potrzebują dobrych lekarzy. Myślę, że w trakcie kongresu zastanowimy się, co dziś znaczy być dobrym lekarzem. Czy decydują o tym lata doświadczenia i stopnie naukowe, a może moralny, wewnętrzny kompas do tego, by być skoncentrowanym na pacjencie? Może dobry lekarz to taki, który w sposób bezpieczny będzie leczyć chorego? Większość pacjentów powiedziała, że dobry lekarz to ten, który jest skuteczny, który wyleczy. Ale czy tę skuteczność

ten dobry lekarz może osiągnąć sam w niedobrym, nieskutecznym systemie ochrony zdrowia? - podkreślił.

WAŻKIE TEMATY

Ważnym punktem kongresu były debaty plenarne. Rozmawiano m.in. o czynnikach mających istotny wpływ na zdrowie Polaków, jak ważne są programy profilaktyczne, badania kontrolne oraz wczesne wykrywanie chorób, w tym tych najgroźniejszych (debata „Zdrowe życie”). Rozpoczętą podczas ubiegłorocznego kongresu dyskusję o ważnej roli samorządów w profilaktyce i ochronie zdrowia kontynuowano podczas debaty „Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób”. Kontynuacją była także debata „Jak optymalnie kształcić w zawodach medycznych” z udziałem rektorów największych polskich uniwersytetów medycznych i przedstawicieli uczelni, które od niedawna kształcą kadry medyczne. Szukano odpowiedzi na wiele pytań, m.in. czy kształcenie medyków powinno mieć charakter ogólnoakademicki czy praktyczny albo jaka powinna być baza kliniczna, by przyszli lekarze mogli zdobywać doświadczenie przy łóżku chorego.

„Zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w medycynie i ochronie zdrowia” było przedmiotem debaty z udziałem rektorów uczelni niemedycznych. W medycynie i systemie ochrony zdrowia coraz większego znaczenia nabierają dziedziny z pozoru odległe, takie jak pedagogika, psychologia, ekonomia czy zarządzanie. Dlatego konieczna jest stała współpraca pomiędzy uczelniami medycznymi i niemedycznymi, dzięki której wspólnie wypracowane innowacyjne rozwiązania będą usprawniać opiekę nad pacjentami.

PATRZENIE W PRZYSZŁOŚĆ

W ostatnich latach w medycynie dokonuje się ogromny postęp - podczas kongresu wybrzmiało to wielokrotnie. Przełomowym metodom, które weszły do praktyki na przestrzeni trzydziestolecia i zmieniły leczenie niektórych chorób, poświęcona była m.in. debata z udziałem rzecznika praw pacjenta i organizacji pozarządowych działających na rzecz terapii pacjentów onkologicznych, diabetyków, chorych na Alzheimera i pacjentów w śpiączce.

MEDIA O ZDROWIU

Dziennikarze z radia, telewizji, prasy ogólnopolskiej i branżowej („Gazeta Lekarska” także miała swój udział w debacie) oraz portali internetowych próbowali odpowiedzieć na pytanie, jak najlepiej zachęcić osoby zdrowe do profilaktyki i przekonać ludzi, że nie są niezniszczalni. Bazować wyłącznie na przekazie pozytywnym czy pokazywać dobitnie, jak poważne i niebezpieczne mogą być konsekwencje zaniedbań w profilaktyce? Czy różnicować komunikaty dla osób zdrowych i zmagających się z chorobą? Zdania były podzielone. Dyskusja toczyła się również wokół ważkiego tematu i doskwierającego szczególnie w ostatnim czasie, czyli jak walczyć z fałszywymi, wprowadzającymi w błąd informacjami, które wciąż przebijają się do przestrzeni publicznej zbyt często, zwłaszcza na portach społecznościowych. W epoce internetu i łatwego dostępu do wiedzy liczy się rzetelność informacji. Niewątpliwie materiały z Kongresu „Zdrowie Polaków” są źródłem takich informacji.



Panele dyskusyjne i wykłady ekspertów z Kongresu „Zdrowie Polaków”

Rozmowy, pomysły, rekomendacje

Czy kolejki do lekarzy i na badania kiedyś się skończą? Co zrobić, aby świadczeniodawcy konkurowali o efekt leczenia? Co dalej z reformą szpitalnictwa i systemem no-fault? – to tylko niektóre z pytań, na jakie próbowali znaleźć odpowiedź uczestnicy VI Kongresu Wizja Zdrowia „Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny” oraz konferencji „XVI Hospital & Healthcare Management”. Wydarzenia odbyły się w dniach 11-12 października w Warszawie. Naczelna Izba Lekarska objęła je patronatem honorowym, a „Gazeta Lekarska” – patronatem medialnym.

To były dwa dni wypełnione dyskusjami, rekomendacjami i prognozami na przyszłość na temat polskiej ochrony zdrowia. Konferencje zgromadziły m.in. przedstawiceli administracji publicznej, samorządu lekarskiego i innych zawodów medycznych, a także towarzystw naukowych, organizacji medycznych, dyrektorów i menedżerów szpitali, lekarzy praktyków, ekspertów zajmujących się różnymi obszarami opieki zdrowotnej, w tym prawników i ekonomistów. Rozmawiano zarówno o sprawach systemowych, jak i tych związanych bezpośrednio z praktyką kliniczną. Jednym z głównych tematów dyskusji była transformacja polskiego systemu opieki zdrowotnej. Rozmawiano m.in. o wdrażanych obecnie rozwiązaniach, o zwiększaniu efektywności POZ i AOS, tak aby w jak największym stopniu możliwe było odciążenie leczenia szpitalnego. Mówiono także o systemie centralnej rejestracji na świadczenia medyczne oraz optymalizacji wykorzystania kadry medycznej i zwiększaniu bezpieczeństwa, jakości oraz efektywności opieki nad pacjentem.

Jedną z sesji poświęconą była systemowi no fault – zagadnienie omawiano zarówno z perspektywy

pacjentów, lekarzy, jak i prawników. Udział w tej dyskusji wziął Łukasz Jankowski, prezes NRL (szerzej na ten temat piszemy na www.gazetalekarska.pl). Uczestnicy innego panelu dyskusyjnego zastanawiali się natomiast, co trzeba zrobić, aby wspierać zdrowie psychiczne medyków (wśród prelegentów obecna była Magdalena

Flaga-Łuczkiwicz, pełnomocniczka NRL ds. zdrowia lekarzy). Nie mogło też zabraknąć debat o kondycji polskiego szpitalnictwa. Były także sesje medyczne, podczas których poruszano m.in. wątki związane z cukrzycą, chorobami nowotworowymi, zakaźnymi, kardiologicznymi, nefrologicznymi. (LS)

GazetaLekarska.pl 

REKLAMA

OBSERWACJE

Pamiętam, jak w pierwszej połowie lat 90. politycy twierdzili, że lekarzy mamy za dużo. Rozpoczynając staż podyplomowy, nie wierzyłem w te diagnozy, ale bardzo się ich bałem, bo w publicznej opiece zdrowotnej (prywatna dopiero raczkowała) brakowało etatów, a ściśle mówiąc – nie było pieniędzy na ich finansowanie.

Obawiałem się, że i mnie czeka powszechny wówczas wolontariat. Potem nas, młodych lekarzy, ostrzegano przed zwolnieniami. Nic takiego nie miało miejsca, a od wielu lat nikt już nie mówi o nadmiarze, a niedoborze lekarzy. I to jest z pewnością prawda, tym bardziej, że społeczeństwo nam się starzeje i jest coraz bardziej schorowane, a z drugiej strony medycyna nieustannie poszerza swoją ofertę i w zmaganiach o zdrowie i życie coraz rzadziej ogląda się na wiek pacjenta. Gorzej z precyzyjną diagnozą braków kadrowych. Spieramy się, ilu posiadaczy prawa wykonywania zawodu jest aktywnych zawodowo, nie wiemy, ilu z nich rokrocznie tracimy, nie potrafimy w miarę dokładnie określić, gdzie i jakie są braki.

Nic dziwnego, że terapia także jest grubo ciosana. Cel w postaci jak największego zwiększenia miejsc na wydziałach lekarskich postanowiono osiągnąć, dając zielone światło do tworzenia wydziałów lekarskich „gdzie kto chce”. Nie mam nic przeciwko kształceniu lekarzy w nowych miejscach, ale chęci i aspiracje władz uczelnianych i lokalnych to w tym wypadku zdecydowanie za mało. Nie trzeba tłumaczyć, że w przypadku przyszłych lekarzy jakość kształcenia jest szczególnie ważna i nie może być mowy o drodze na skróty. I kiedyś rzeczywiście nie było. Dobrym przykładem jest Bydgoszcz. Zanim w 1984 r. utworzono tam



Sławomir Badurek

Diabetolog i nefrolog, publicysta medyczny

JAKOŚĆ TO BĘDZIE?

samodzielną akademię medyczną, od 1971 r. działał Zespół Nauczania Klinicznego AM w Gdańsku, a od 1975 r. – filia tej uczelni, kształcąca początkowo studentów ostatnich lat. Tak to powinno wyglądać:

”

**To nic innego
jak psucie
jakości
kształcenia.**

najpierw kształcenie podyplomowe w wybranych zakresach, potem filia renomowanego wydziału lekarskiego, rozwój kadry, bazy klinicznej i z zakresu nauk podstawowych, a dopiero potem usamodzielnienie. Obecnie jesteśmy świadkami drogi w odwrotnym kierunku, to jest zaczynającej się od samodzielności

w oparciu o doktorów nauk przemianowanych na profesorów uczelnianych, w tym dziekanów i rektorów.

To nic innego jak psucie jakości kształcenia. Proces ten zaczął się u nas jeszcze w ubiegłym wieku od niepoahamowanego poszerzania oferty studiów śmieciowych, kończących się niecenionym na rynku dyplomem. Przez wiele lat medycyna skutecznie opierała się tym trendom, a w zasadzie była przed nimi broniona. Jak widać, to już przeszłość. Trzeba także

wziąć pod uwagę, że w czasach niżu demograficznego i jednocześnie zdecydowanego zwiększenia liczby miejsc na wydziałach lekarskich, odsetek bardzo dobrych maturzystów na studiach medycznych, tradycyjnie u nas wysoki, będzie spadał, co grozi obniżeniem rangi i pauperyzacją zawodu, tak jak dawno temu miało to miejsce w przypadku nauczycieli.

Drastyczne zwiększenie liczby absolwentów wydziałów lekarskich i co za tym idzie wyraźny spadek jakości kształcenia przeddyplomowego, każe inaczej spojrzeć na zgłaszane od lat przez środowisko lekarskie postulaty pełnego otwarcia dostępu do pytań testowych (w przypadku LEK-u już tak jest) i rezygnacji z egzaminów ustnych na specjalizację. To działania w dobrym kierunku wyłącznie przy wysokiej jakości kształceniu

podczas studiów. Czas na weryfikację tych zamierzeń. Można się spodziewać również innych konsekwencji taśmowej produkcji lekarzy. Sugestywnym z naszego punktu widzenia przykładem jest Hiszpania. Kilkanaście lat wcześniej niż u nas, zdecydowano tam o zwiększeniu liczby miejsc na wydziałach lekarskich, prognozując pogłębiające się braki kadry. Nie przewidziano, że przyjdzie kryzys ekonomiczny, wymuszający cięcie wydatków, a w konsekwencji etatów, także w ochronie zdrowia. W rezultacie wielu hiszpańskich lekarzy musi szukać pracy za granicą. Warto zaznaczyć, że w tym kraju, mającym o bez mała jedną czwartą więcej mieszkańców niż Polska, każdego roku dyplom lekarza uzyskuje niespełna 7 tys. studentów, podczas gdy nasz rząd już chwali się 10 tys. miejsc dla chcących studiować medycynę i planuje w najbliższych latach zwiększyć nabór do 14 tys.! W zachęceniu do studiowania medycyny mają pomóc kredyty na sfinansowanie płatnych studiów, umarzane po przepracowaniu 10 lat w sektorze publicznym. Sęk w tym, że w przypadku pogłębiającej się ekonomicznej zadyszki o zatrudnienie w publicznej ochronie zdrowia może być trudno. Halo, czy leci z nami pilot? ■■■

EPIKRYZA (123)

Na początku poprzedniej kadencji wymarzyliśmy sobie w Komisji Kultury NRL zgromadzenie wszelkiej pozamedycznej twórczości lekarskiej w jednym miejscu. Projekt rozpisaliśmy na kilka lat. Budowa elektronicznych ścian samorządowej biblioteki okazała się żmudna. Wciąż odkrywamy jej niedoskonałości. Mimo to, pierwszy etap, zmierzający do otwarcia portalu, dobiega końca. Aplikacja łatwego dostępu do literatury, historii, fotografii, malarstwa, rzeźby i muzyki, których jedynymi, ale przez to najważniejszymi łącznikami są lekarze, nawiązuje do symbolicznej „Biblioteki Babel”.

„Wszechświat – pisał w swoim dziele Jorge Luis Borges – (który inni nazywają Biblioteką) składa się z nieokreślonej, i być może nieskończonej, liczby sześciobocznych galerii, z obszernymi studniami wentylacyjnymi w środku, ogrodzonymi bardzo niskimi balustradami. Z każdej galerii widać piętra niższe i wyższe: nieskończenie. Układ galerii jest niezmienny. (...) Biblioteka zawiera wszystkie struktury słowne, wszystkie warianty, na jakie pozwala dwadzieścia pięć symboli ortograficznych. Liczba n możliwych języków używa tego samego słownictwa. (...) ... biblioteka to >chleb< czy >piramida<, czy jakakolwiek inna rzecz, i sześć słów, które ją określa, posiada inną wartość”.

W dyskusjach, w których pada coraz częściej teza, że lekarze nie czytają „papieru”, wyrzucają do kosza



Jarosław Wanecki

Pediatra, felietonista

MEDIATEKA@NIL.ORG.PL

„Gazetę Lekarską” bez otwierania, nie mają książek na półkach, nie słuchają muzyki na żywo i nie chodzą do zakurzonej galerii malarstwa, nie potrafię milczeć, choć głos grzęźnie mi w krtani. Jednocześnie jestem szczęśliwy, że koleżanek i kolegów o tak zawężonym polu widzenia praktycznie nie znam. Powiem więcej, wciąż odkrywam nieskończoność potencjału oraz erudycji starych

przyjaciół i młodych rozmówców. Twórczą fascynację kulturą i badawczy entuzjazm historyków medycyny, mocno osadzony w wiedzy o dziejach wszechświata, poznaję podczas koncertów, wystaw i konferencji, z rozmachem organizowanych przez okręgowe rady le-

karskie w całej Polsce. Nie ma, moim zdaniem, takiego wydarzenia filmowego, teatralnego, plastycznego czy wokalnego, w którym nie brałby udziału przynajmniej jeden lekarz. Biernie lub czynnie.

Wszędobylskość wymaga jednak katalogu i przestrzeni do prezentacji

dokonań. Czasem promocji, a może nawet reklamy. Próbą usystematyzowania dokonań, ale także prostego odnalezienia treści o ludziach i projektach, stanie się wspomniana już elektroniczna Mediateka Kultury, Sztuki i Historii Lekarskiej. W przyszłości wzbogacimy ją o relacje online, zapowiedzi imprez z różnych stron w połączeniu z mediami społecznościowymi,

skontaktujemy z organizatorami. Tutaj znajdą się biogramy i dzieła z licencją Naczelnej Izby Lekarskiej. Tak jak marzyliśmy. W jednym

miejscu, choć linki poprowadzą wszędzie tam, gdzie pisze, maluje, śpiewa, fotografuje, rzeźbi, komponuje, tańczy i gra na scenie, choćby jedna lub jeden z nas.

Mediateka to pomysł, który będziemy współtworzyć razem z Państwem. Pomożemy przełamać treść i pokazać się szerokiej publiczności. Inaczej inicjatywa straciłaby sens. Oczywiście poprosimy o pomoc prezesów izb, komisje kultury i stowarzyszenia twórcze. Wszystkich świętych! Ale jeśli nie będzie oddolnego odzewu, pozostaną tylko puste miejsca z hasłami bez pokrycia.

Dlatego rozpoczynamy gromadzenie zasobów. Każdy lekarz i lekarz dentysta może na adres: mediateka@nil.org.pl przesłać informację o artystycznych pasjach z biogramem. Jeśli uznacie, że jesteście gotowi pokazać swoje dzieła, wskażemy metodę przesłania dużych plików i zaproponujemy zabezpieczenie praw autorskich. Proces zaplanowaliśmy na cztery lata. Poszczególne moduły będą otwierane stopniowo, z dużym krytycyzmem i otwartością na proponowane zmiany. Kurtyna pójdzie w górę na początku roku 2023.



NIEŚMIERTELNI, CZYLI FABRYKA NARZĄDÓW ZAMIENNYCH

CZĘŚĆ 2: CHARLES LINDBERGH

W latach 30. XX w. Alexis Carrel [laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny w 1912 r.], realizując marzenia o przeszczepianiu narządów, rozpoczął eksperymenty na wyizolowanych i perfundowanych organach zwierząt.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** kardiolog dziecięcy, członek Société Française d'Histoire de la Médecine

Badania od jakiegoś czasu nie posuwały się jednak do przodu, a wszystkie próby utrzymania przy życiu narządów większych niż kurze bądź mysie, kończyły się fiaskiem. Zdecydował się więc na współpracę ze sławnym pilotem, Charlesem Lindberghiem. Ta decyzja okazała się kluczowa dla ostatecznego sukcesu, którym była konstrukcja urządzenia (pompy perfuzyjnej) oraz opracowanie techniki hodowli tkanek.

CELEBRYTA Z CHIRURGIEM

Charles Lindbergh urodził się w 1902 r. w Detroit, w rodzinie o szwedzkich korzeniach. Jego ojciec był członkiem Kongresu USA. Charles już jako 11-latek był jego kierowcą w czasie kampanii wyborczej (prawo jazdy nie było wówczas wymagane). Po wielu perypetiach edukacyjnych ostatecznie wybrał karierę pilota i jako pierwszy na świecie pokonał trasę Nowy Jork – Paryż na pokładzie jednoosobowego samolotu „Spirit of Saint Louis”.

To Charles Lindbergh zabiegał o spotkanie ze słynnym chirurgiem eksperymentatorem, szukając ratunku dla swojej ciężko chorej na serce szwagierki (skutki choroby reumatycznej). Jako znawca mechaniki



Charles Lindbergh

przyrównywał zastawki w sercu do zaworu, a samo serce do silnika lotniczego. Uważał, że można je naprawić. Wierzył, że dałoby się wyjąć z serca chorej dziewczyny uszkodzoną zastawkę, naprawić ją i ulokować z powrotem w tym narządzie albo wymienić na inną, nową, sprawną.

30 listopada 1930 r. Lindbergh pojawił się w Instytucie Rockefellera, gdzie Carrel pracował nad podobnym zagadnieniem,

eksperymentując z hodowlą tkanek i szukając sposobu na produkowanie in vitro części zamiennych dla ludzi. Obserwatorzy byli sceptyczni co do tej współpracy, bo Lindbergh był pełnym amatorem, bez żadnej wiedzy medycznej. Carrela uznano za oportunistę, który chce zbić kapitał na sławie Lindbergha. Jeden z biografów Lindbergha twierdził, że Carrel świadomie wykorzystał sławę pilota dla własnego awansu zawodowego. Ale przecież obie strony na tym skorzystały. Lindbergh użył swojej pozycji amerykańskiego celebryty, by otworzyć sobie drzwi do laboratorium Carrela, a Carrel wykorzystał nazwisko lotnika do prowadzenia i popularyzacji własnych badań. Wspólnie osiągnęli sukces. Ich prace zostały jednak dość szybko zapomniane przez kolejne pokolenia kardiologów, mimo publikacji w najlepszych czasopismach i otrzymania Nagrody Nobla przez Carrela.

PROBLEM TECHNICZNY, NIE MEDYCZNY

Lindbergh szybko pojął, że problem, z którym zmagają się Carrel, jest natury technicznej, a nie medycznej. System pomp i naczyń, do których uczony wkładał pozyskane narządy, nie był wystarczająco wydolny, aby sprawnie doprowadzać płyny

”

**Tkanka była zdrowa,
żywa i replikująca.
Eksperyment zakończył
się sukcesem.**

ustrojowe, ani dostatecznie szczelny, by uniknąć zakażenia. Lindbergh rozpoczął pracę nad udoskonaleniem systemu Carrela. Metodą prób i błędów (w 1935 r.) udało mu się skonstruować pompę do perfuzji wyizolowanych narządów zapewniającą ich żywotność i sterylność. Pompa była wysoka na 18 cali, zbudowana z ręcznie dmuchanego przezroczystego szkła (pyrex). Urządzenie perfundowało narząd stałym przepływem natlenionej krwi (lub jej syntetycznego zamiennika).

ZBRODNI STULECIA

1 marca 1932 r. Charlesa Lindbergha spotkała tragedia. Jego syn, Charles Jr, został porwany. Pysaty chłopczyk, o kręconych blond włosach, zabrany został z kotłowni znajdującej się na pierwszym piętrze domu Lindberghów. Sprawca dostał się do pokoju dziecka po drabinie przez okno. Informacja o porwaniu syna sławnego lotnika szybko obiegła świat. W liście zażądano okupu, jednak mimo pozostawienia żądanych pieniędzy, dziecko nie wróciło do rodziców. Jego szczątki odnaleziono kilka kilometrów od domu Lindberghów 12 maja 1934 r. Parę miesięcy później aresztowano porywacza, a po procesie, który śledziła cała Ameryka (pisano o zbrodni stulecia), skazano go na śmierć na krześle elektrycznym. Wyrok wykonano półtora roku później. Sprawa Lindbergha spowodowała zmianę w amerykańskim kodeksie karnym w kwestii dotyczącej kidnappingu, znaną jako „Lindbergh law”, zainspirowała również Agatę Christie, co zaowocowało powieścią „Morderstwo w Orient Expresie”.



Lindbergh i Carrel ze skonstruowaną przez nich pompą na okładce magazynu „Time”

Carrel dopracował płyn do perfekcji, ale nie znalazł sposobu na właściwe podłączenie tego urządzenia do narządu. Lindbergh obejrzał model i stwierdził, że mógłby zrobić to lepiej. Do laboratorium Carrela powrócił dwa tygodnie później, miał ze sobą projekt i prototyp, który zamówił u dmuchacza szkła z Uniwersytetu Princeton. Tu przydały się zdolności techniczne Lindbergha, który zaprojektował trzykomorowy aparat utrzymujący narząd przy życiu dzięki perfuzji „sztucznej krwi” Carrela. Tętnicę szyjną zespolono ze szklaną rurką, połączoną z układem pompy. Ciśnienie powietrza powodowało przepływ płynu przez pompę w sposób naśladujący naturalne procesy biologiczne. Carrel był pod wrażeniem. Zaoferował Lindberghowi miejsce w swoim laboratorium, gdzie mógłby udoskonalić to urządzenie. Pierwszy w miarę udany model pompy był napędzany silnikiem, płyn perfuzyjny był włączany spinalną szklaną rurką do górnego zbiornika,

a stamtąd przepływał przez kaniulę do głównej tętnicy narządu. Urządzenie perfundowało tętnicę szyjną przez miesiąc, mimo problemów z niskim ciśnieniem i zanieczyszczeniem bakteryjnym.

W maju 1931 r. Lindbergh opublikował wyniki swoich eksperymentów z pompą i stale krążącym płynem w zamkniętym systemie. Jego artykuł jest jednym z najkrótszych opublikowanych w „Science” i prawdopodobnie jedynym, który ukazał się bez podpisu. Przez następne trzy lata Lindbergh i Carrel ulepszali swoje urządzenie. W 1935 r. Lindbergh opisał ten sprzęt jako „aparat, który w kontrolowanych warunkach utrzymuje pulsacyjny obieg sterylnego płynu w narządach przez czas ograniczony jedynie przez zmiany w narządach i płynie perfuzyjnym”. Nowy model nie miał ruchomych części. Powietrze wprowadzane do systemu było filtrowane przez sterylną bawełnę, co znacznie zmniejszyło problem zanieczyszczeń.

Urządzenie, wykonane w całości ze szkła, można było łatwo wysterylizować w autoklawie. W górnej komorze mieściły się narządy. Płyn perfuzyjny znajdował się w dolnej komorze, płynął do organu przez szklaną rurkę doprowadzającą, a następnie grawitacyjnie przepływał z powrotem do komory zbiornika dolnego. Taki cykl przypominał działanie pompy sercowej i układ krążenia. Ale sprzęt nadal wymagał dopracowania. Płyn wydzielany z narządu nie był usuwany, a zatem wydzieliny narządowe mieszały się z płynem perfuzyjnym, co wymagało częstych jego wymian zagrażających sterylności i stabilności systemu.

898 EKSPERYMENTÓW W CZTERY LATA

5 kwietnia 1935 r. Carrel i Lindbergh rozpoczęli testy – na początku perfuzję tarczycy kota. Urządzenie pozwoliło przeżyć 18 dni wyizolowanej tarczycy. Pod koniec 18. dnia fragmenty tkanki przeniesiono do hodowli, z której uzyskano komórki nabłonkowe. Tkanka była zdrowa, żywa i replikująca. Eksperyment zakończył się sukcesem. Wyizolowane i perfundowane serca kurczyły się przez 12 godzin. W czerwcu 1938 r. Carrel i Lindbergh ze swoją pompą uświetnili okładkę „Time” (była to reprodukcja obrazu Samuela Johnsa Woolfa). W 1938 r. rodzina Lindberghów nabyła wyspę Illiec, niedaleko wyspy Saint-Gildas, należącej do małżeństwa Carrelów. To zacieśniło ich relację. W tym samym roku opublikowali książkę na temat hodowli narządów („The Culture of Organs”), prezentując możliwości pompy perfuzyjnej, publikacja nie odniosła jednak sukcesu. W ciągu następnych czterech lat przeprowadzili w Instytucie Rockefellera 898 eksperymentów z pompą.

Informacje prasowe o możliwości utrzymania narządów i tkanek in vitro oraz zaangażowaniu Charlesa Lindbergha w te doświadczenia zelektryzowały opinię publiczną. Rosnące zainteresowanie mediów zaowocowało doniesieniami na temat hodowli ludzkich embrionów w laboratorium Carrela. Pojawiły się sensacyjne spekulacje o zamiarze Lindbergha zastąpienia własnego serca jednym z organów przechowywanych w laboratorium lub jakąś formą „mechanicznego serca”. Zmęczony prasą Lindbergh uciekł do Francji, na swoją wyspę. Niestety, ta strategia okazała się nieskuteczna, co ocenił nagłówek jednej z gazet: „Lindbergh na wyspę wiośtuje gumową łodzią”.



Statuetka z brązu – rzeźba „Elizabeth”, nagroda im. Carrela i Lindbergha

”

Perfuzja psiej tarczycy i „mechaniczne serce Lindbergha-Carrela” przyciągały tłumy.

W latach 1935-1938 zbudowano kilkadziesiąt pomp Lindbergha. Publicznie po raz pierwszy zaprezentowano ją w 1936 r. w Kopenhadze, o czym w USA donosił „The New York Times”. To wydarzenie niespodziewanie zmieniło życie pochodzącego z Norymbergii młodego lekarza o niemiecko-żydowskich korzeniach. Dr Richard Bing, który pracował w Instytucie Carlsberga w Kopenhadze, był zagrożony przez nasilający się niemiecki antysemityzm. W czasie swojej wizyty Carrel i Lindbergh poradzili mu wyjazd do Stanów Zjednoczonych, a następnie pomogli mu znaleźć pracę w Instytucie Rockefellera. Bing przybył do Nowego Jorku w 1936 r. W USA zrobił błyskotliwą

karierę – stworzył m.in. pierwszą pracownię cewnikowania serca w Baltimore, razem z Helen Taussig opisał rzadką wadę siniczą serca (noszącą dziś miano anomalii Taussig-Binga), uznawany jest również za jednego z prekursorów zastosowania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET). Jako muzyk skomponował ponad 300 utworów. Wykorzystał dobrze swoją szansę na życie – zmarł spełniony zawodowo i rodzinnie w wieku 101 lat.

MECHANICZNE SERCE

Pompa Carrela-Lindbergha została ponownie publicznie pokazana dopiero po trzech latach od kopenhaskiej prezentacji – na Światowej Wystawie w Nowym Jorku w 1939 r. Stała się sensacją i obiektem podziwu. Perfuzja psiej tarczycy i „mechaniczne serce Lindbergha-Carrela” przyciągały tłumy. Eksperyment był przekonujący, ale jeszcze bardziej przyciągały jak magnes nazwiska – zarówno laureata Nagrody Nobla, jak i młodego, ale już znanego na całym świecie amerykańskiego lotnika. Jak pisała prasa: „Słynne mechaniczne serce Lindbergha-Carrela, urządzenie, przy którym pracował światowej sławy lotnik, który przeleciał przez Atlantyk, wspólnie ze światowej sławy naukowcem, jest jednym z głównych punktów zainteresowania w budynku Medycyny i Zdrowia Publicznego na Światowych Targach w Nowym Jorku”. Zakupiło ją wiele laboratoriów na świecie. Później (koniec lat 30. XX w.) zrezygnowano jednak z produkcji tego urządzenia ze względu na zmieniające się w medycynie podejście do korzyści płynących z hodowli narządów. Przejście na emeryturę Carrela, wybuch II wojny światowej i coraz powszechniejsze oskarżenia przeciwko obu twórcom pompy spowodowały spadek zainteresowania ich wynalazkiem.

„Samotny orzeł”, odznaczony Legią Honorową, miał zbliżone poglądy na eugenikę jak Carrel, był też rasistą i antysemitą. Niektórzy członkowie jego rodziny publicznie odcinali się od jego poglądów. W 1938 r., tuż przed nocą kryształową, Charles Lindbergh przyjął z rąk Göringa nadany mu przez Hitlera Order Orła Niemieckiego za zasługi na rzecz III Rzeszy. Był członkiem stowarzyszenia sprzeciwiającego się przystąpieniu USA do II wojny światowej. Swoje stanowisko zmienił jednak po japońskim ataku na Pearl Harbour. Zgłosił się do marynarki wojennej, ale jego kandydaturę odrzucono. Ostatecznie został konsultantem lotnictwa na Pacyfiku. Po wojnie kontynuował pracę w lotnictwie, był jednym z tych,

k którzy uczestniczyli w konstrukcji samolotów pasażerskich, w tym Boeinga 747. W latach 60. XX w. z inicjatywy instytutu badawczego marynarki wojennej zrekonstruował pompę – tę samą, którą zbudował z Carrelem trzy dekady wcześniej.

Lindbergh nie zdążył uratować swojej szwagierki (zmarła pod koniec 1934 r.), niemniej zbudowana przez niego pompa utorowała drogę do konstrukcji w latach 50. ubiegłego wieku pierwszej maszyny płuco-serce, urządzenia niezbędnego dziś do przeprowadzania operacji na otwartym sercu. Opracowanie przez Carrela i Lindbergha techniki hodowli komórkowych umożliwiło m.in. opracowywanie szczepionek. W połowie lat 50. XX w. odżył pomysł na operacje na otwartym sercu, a później na pobieranie, przechowywanie i transport narządów dawców, ale nowe metody perfuzji narządów szybko wyparły technikę Carrela i Lindbergha. Chociaż było już za późno, by uratować jego szwagierkę, praca, którą wykonał z Carrelem, położyła podwaliny pod rozwój kardiologii, co później dało szansę pacjentom z podobnymi

diagnozą. Dziś nagrodę im. Carrela i Lindbergha stanowi statuetka z brązu łącząca kształty skonstruowanej przez nich pompy oraz... kobiety. Statuetka otrzymała imię szwagierki Lindbergha – Elisabeth.

BURZLIWE ŻYCIE PRYWATNE

Lindbergh był prezentowany w mediach jako przykładowy mąż i ojciec. Urodziło mu się w sumie trzynastu dzieci, z czego z legalną żoną jedynie... sześciu. O tym, że poza Ameryką miał w Niemczech i Szwajcarii równocześnie trzy inne domy z kobietami wychowującymi jego dzieci, opinia publiczna oraz wszystkie jego dzieci dowiedziały się kilka dekad po śmierci Lindbergha. Z Brigitte Hesshaimer miał dwóch synów i córkę, jednocześnie był w związku z jej siostrą, Mariettą, co zaowocowało kolejnym dwojgiem dzieci. Traktowały go jak wujka. Z jednoczesnej relacji z arystokratką (Valeską, nazwisko dotąd nieznane) urodziło mu się także dwoje dzieci.

Charles Lindbergh zmarł z powodu nowotworu w 1974 r. na Hawajach, miał 72 lata,

został pochowany niedaleko swojego domu na wyspie Maoui. Dzieci Brigitty i Marietty poznały tożsamość ojca dopiero po śmierci swoich matek. Dziesięć dni przed śmiercią Lindbergh napisał do każdej ze swoich europejskich partnerek, błagając je o zachowanie ścisłej tajemnicy, także po jego śmierci. Wszystkie trzy kobiety (z których żadna nigdy nie wyszła za mąż) zdołały nie zdradzić sekretu swojego związku z Lindberghiem nawet przed dziećmi, które za jego życia (i przez prawie dekadę po jego śmierci) nie poznały prawdziwej tożsamości swojego ojca. W połowie lat 80. ubiegłego wieku, córka Brigitte Hesshaimer, Astrid, po przeczytaniu w czasopiśmie artykułu o Lindberghu, domyśliła się prawdy. Odkryła zdjęcia i ponad 150 listów miłosnych od Lindbergha do jej matki. Po śmierci swojej matki oraz legalnej żony Lindbergha (Anne, zmarła w USA w 2001 r.) Astrid upubliczniła swoje odkrycia. Mało kto na świecie uwierzył w tę historię. Jednak badanie DNA wykonane na Uniwersytecie w Monachium w 2003 r. potwierdziło, że Charles Lindbergh był ojcem Astrid i jej dwóch braci.

Zjazdy koleżeńskie

SPOTKANIE ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W POZNANIU, ROCZNIK 1981

Serdecznie zapraszamy na spotkanie absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Poznaniu rocznik 1981, które odbędzie się 3 grudnia 2022 r. w IOR, ul. Węgorka 20 (tam, gdzie ostatnio) od 17:00. Opłaty zależą od ilości uczestników; minimum 50 osób. Zgłoszenia: biuro@absolwenci1981-poznan-am.pl, tel. kontaktowy: +48 601 839 301 (Kamilia Minkiewicz). Zapraszamy serdecznie: Jerzy Harasymczuk i Piotr Kopaczyński

ABSOLWENCI POMORSKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ WYDZIAŁU LEKARSKIEGO W SZCZECINIE, ROCZNIK 1973

Zjazd koleżeński i uroczystość odnowienia dyplomów odbędzie się w dniach 21-22 września 2023 r. Zainteresowanych prosimy o kontakt: Janusz Chomicz (tel. 609 023 293, e-mail: Janusz.r@wp.pl), Jacek Zajączek (tel. 600 372 355, e-mail: zajj@interia.pl).

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1988

Spotkanie koleżeńskie odbędzie się w dniach 23-24 września 2023 r. w Karpaczu. Program zjazdu wraz z wysokością opłat dostępny na stronie www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność”. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 68 1160 2202 0000 0005 4168 8514 do 31 stycznia 2023 r. z dopiskiem „Zjazd 1988 S”. Kontakt: Patrycja Malec (tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl). Komitet Organizacyjny: Małgorzata Staszyńska (Kaczkowska), Jolanta Czado

ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W KATOWICACH, ROCZNIK 1973 ORAZ 1974

Zapraszamy absolwentów wydziału lekarskiego rocznik 1973 oraz oddziału stomatologii rocznik 1974 do udziału w maju 2023 r. w uroczystości odnowienia dyplomu lekarza i lekarza dentysty dla absolwentów uczelni sprzed 50 lat. Zgłoszenia proszę przesłać do 1 kwietnia 2023 r. na adres awilk@sum.edu.pl lub tel. 32 208 36 71, podając nazwisko i imię (dla pań z domu), adres zamieszkania, telefon, e-mail. Program uroczystości z dokładnym terminem prześlemy osobom zainteresowanym.

Józef Kurek,
prezes Stowarzyszenia Wychowanków SUM



Obraz: Théobald Chartran, „Laënnec w szpitalu Necker osłuchuje suchotnika przed swoimi uczniami (1816)”, 1879.

BŁĄD MALARSKI

Na ucho

Większość babć świata gotuje na oko, wierząc, że podążanie za tym naturalnym narzędziem daje lepsze rezultaty niż ścisłe trzymanie się wskazówek wag i menzurek. W XIX w. większość lekarzy leczyła zaś na ucho, ufając, że to właśnie uszy pomogą im zdiagnozować pacjentów.



Agata Morka
Doktor historii sztuki

Ucho od dawien dawna królowało w medycynie jako mechanizm wywiadowczy. Lekarze przykładali uszy do ciał pacjentów, słuchając, jak pracuje im serce czy wewnętrzności, i – opierając się na tym osłuchiwaniu – podejmowali decyzje dotyczące odpowiedniego leczenia. Do czasu, gdy

pewnego dnia na początku XIX w. w 15. dzielnicy Paryża do szpitalu Necker przyjęto słusznych rozmiarów kobietę skarżącą się na ból w piersi.

Kobietę egzaminował pracujący wówczas w tym szpitalu René Laënnec. Potężne piersi pacjentki uniemożliwiały jednak osłuchanie jej serca. Do tego doszła kwestia pewnego zażenowania, które odczuwał Laënnec, postawiony twarzą w twarz ze słusznym biustem pacjentki. Jednocześnie biust ten go zainspirował. Osłuchanie pacjentki metodą przykładania ucha do ciała uznał w tym przypadku za niedopuszczalną, biorąc pod uwagę płeć i wiek chorej. Korzystając ze znajomości akustyki, którą nabył, grając na flecie, skonstruował prototyp stetoskopu: drewniany cylinder, który

z jednej strony przystawiał do ciała chorego, a z drugiej do ucha, gdzie wewnętrzne dźwięki słyszeć można było ze zwiększoną mocą.

Obraz Chartrana pokazuje Laënneca w trakcie diagnozowania pacjenta, otoczonego przez skrupulatnie przyglądających mu się studentów. Lekarz zbliżył głowę do piersi chorego, uważnie go odsłuchując. Odwraca od niego oczy, jakby chcąc się skupić wyłącznie na zmyśle słuchu. Oczy wszystkich studentów zaś zwrócone są ku niemu.

Wynalazek Laënneca, mimo iż szeroko opisywany w ówczesnej prasie medycznej, nie od razu podbił lekarskie serca. Jeszcze długo po tym, jak stetoskopy stały się popularne, pod koniec XIX w. wielu lekarzy wołało diagnozować na ucho.

ROZWIĄZANIE ZAGADKI Z „GL” 10/2022

1. Wybielenie ręki lekarza.

Obraz gra na zasadzie kontrastu: czystą i młodą rękę dziewczyny zestawia malarz z przybrudzoną i starą ręką lekarza. Jej wybielenie zatem zaburzyłoby zamysł kompozycyjny obrazu.

2. Usunięcie kolczyka dziewczyny.

Obecność kolczyka podkreślać ma status społeczny dziewczyny, jego usunięcie pozbawiłoby ją jednego z ważnych atrybutów.

3. Dodanie obrączki na dłoń dziewczyny.

Fakt, że dziewczyna na obrazie nie ma

obrączki czy pierścionka, w dodatkowy sposób charakteryzuje ją jako młodą kobietę bez zobowiązań, w delikatny sposób podbijając dziwny, podskórny erotyzm sceny.

4. Zamiana koloru szala dziewczyny na niebieski.

Czerwień szala użyta w oryginalnym obrazie przykuwa oko widza, wiodąc jego wzrok ku również czerwonym ustom dziewczyny. Niebieski szalik nie spowodowałby takiego samego efektu.



Obraz: Luciano Nizzo, „Dentysta chowający klucz przed pacjentem”, 1856 r., kolekcja Wellcome Trust

NAGRODZENI Z „GL” 10/2022:

Voucher do Hotelu Prezydent** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje Jarosław Bogdański z Mosiny. Gratulujemy!**

Nagrody dodatkowe: Andrzej Chojnicki (Poznań), Ewelina Raducka (Wrocław), Jarosław Supiński (Kruszewnia)



WSKAŹ ORYGINAŁ I ZNAJDŹ CZTERY SZCZEGÓŁY RÓŻNIĄCE OBRAZY. Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 21 listopada 2022 r. W temacie maila należy wpisać GL11 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

DLA JEDNEJ Z OSÓB, KTÓRE PRZEŚŁAŁY PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI

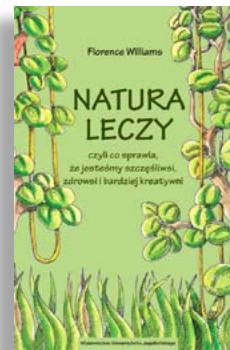
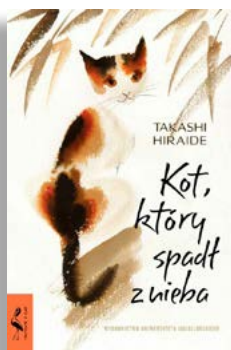
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

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

ZACZAROWANA „WENA”

Po raz jedenasty w krakowskim Teatrze Słowackiego wręczono nagrody Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika. Statuetki akrobatów trafiły tradycyjnie do zwycięzców w kategorii poezji i prozy. Nowością były teksty studentów medycyny i eseje o nieśmiertelności.

Jarosław Wanecki *Pediatra, felietonista*

Uroczystej gali corocznie towarzyszą podwójne koncerty. Przez wiele lat w pierwszej części prezentowaliśmy twórczość lekarzy. Występował chór, grała orkiestra, śpiewali soliści. W tym roku scenę oddaliśmy artystom z niepełnosprawnościami, którzy rozpoczynali swoje kariery podczas Festiwalu „Zaczarowanej Piosenki”, organizowanym przez Fundację „Mimo Wszystko” Anny Dymnej – partnera konkursu. Publiczność usłyszała polskie przeboje zaśpiewane przez Aleksandrę Nykiel, Aleksandrę Gudacz i Kamila Czeszela. Po przerwie wystąpił Przemysław Branny, któremu akompaniował Konrad Mastyło. Fragmenty tekstów dziewięciu autorów, którzy zasiedli w „Łoży Laureatów 2022”, czytali aktorzy Narodowego Starego Teatru w Krakowie: Ewa Kaim, Anna Dymna, Maciej Charyton i Łukasz Szczepanowski. Twórczość Andrzeja Szczeklika („Konstelacje”) przypomnieli nagrany rok temu głos zmarłego niedawno Jerzego Trela. Scenografię na wielkim ekranie budowały obrazy dziecięcego kalejdoskopu. W tym roku nie przyznano pierwszej nagrody w kategorii poezja. Drugie miejsce



zajął Katarzyna Wierzbicka („Otulam się ciszą”), a trzecie – Kazimierz Pichlak („Snajper”). Konkurs prozy wygrała Elżbieta Lipska („Ariana”). Na podium stanęli także Katarzyna Wierzbicka („Czekanie boli”) i Monika Kunstman („Borderline”) oraz wyróżnieni Dariusz Kaźmierczak („Pogrobowiec”) i Barbara Burczyk Fitowska („Nie umarniesz”). Zadany przez Ewę Lipską esej o nieśmiertelności najlepiej napisała Ewa

Gluzka („Nieśmiertelność i bolesne przejmowanie”). Laureatami prac studenckich zostali kolejno: Jakub Rewiuk („Kilka słów o składaniu ptaków”), Urszula Woźniak („Tymczasowe wspomnienie”) i Adrian Goss („Nieśmiertelność westchnięciem młodości?”). Wszystkie prace Medycyna Praktyczna zebrała w pokonkursowej książce „Sen o nieśmiertelności”.

Kolejna Wena odbędzie się już w maju. ■■■

55. URODZINY UPPL



Od 1967 r. lekarze pisarze spotykają się podczas corocznego sympozjum. Tym razem, bijąc rekord frekwencji, zawitali do Katowic. Po raz pierwszy prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, prof. Waldemar Hładki, zorganizował warsztaty literackie, w czasie których utwory poetyckie i prozatorskie oceniało trzech krytyków. Sesjom towarzyszyło dużo emocji i nauki. Spotkanie z wielką swadą prowadziły Majka Żywicka-Luckner i Anna Pituch-Noworolska. Dzień wcześniej

swoją benefis miał Zbigniew Kostrzewa, pierwszy laureat krakowskiego konkursu „Przychodzi wena do lekarza”. Wieczornym ukojeniem, a może także inspiracją na przyszłość, był koncert w wykonaniu Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia pod dyktando Antoniego Wita. Mistrzowski „Krzesany” Wojciecha Kilara był pięknym prezentem z okazji jubileuszu najstarszego polskiego stowarzyszenia twórczego lekarzy i lekarzy dentystów.



PHOTOARTMEDICA

Dr **Krzysztof Muskalski**

Artysta fotografik – EFIAP/g, PPSA, GAPI, AFRP, ZPAF,
pomysłodawca i przewodniczący Salonów „PhotoArtMedica”



www.photoartmedica.pl

22 października, tradycyjnie w Sali Reprezentacyjnej Ratusza-Muzeum Częstochowskiego, odbyła się ceremonia otwarcia i wręczenia nagród laureatom X Jubileuszowego Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2022” organizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Częstochowie. Patronat medialny nad imprezą objęła „Gazeta Lekarska”.

W tegorocznym Salonie wzięła udział rekordowa liczba 125 uczestników z 16 krajów: Australii, Bangladeszu, Bułgarii, Egiptu, Indii, Irlandii, Kanady, Niemiec, Polski, Rumunii, Słowenii, Szwecji, USA, Węgier, Wielkiej Brytanii i Włoch. Nadesłano w sumie 929 fotografii. Laureatem nagrody Grand Prix został Shourjendra Datta z Indii. Wśród złotych medalistów znaleźli się: Tadeusz Pichlak

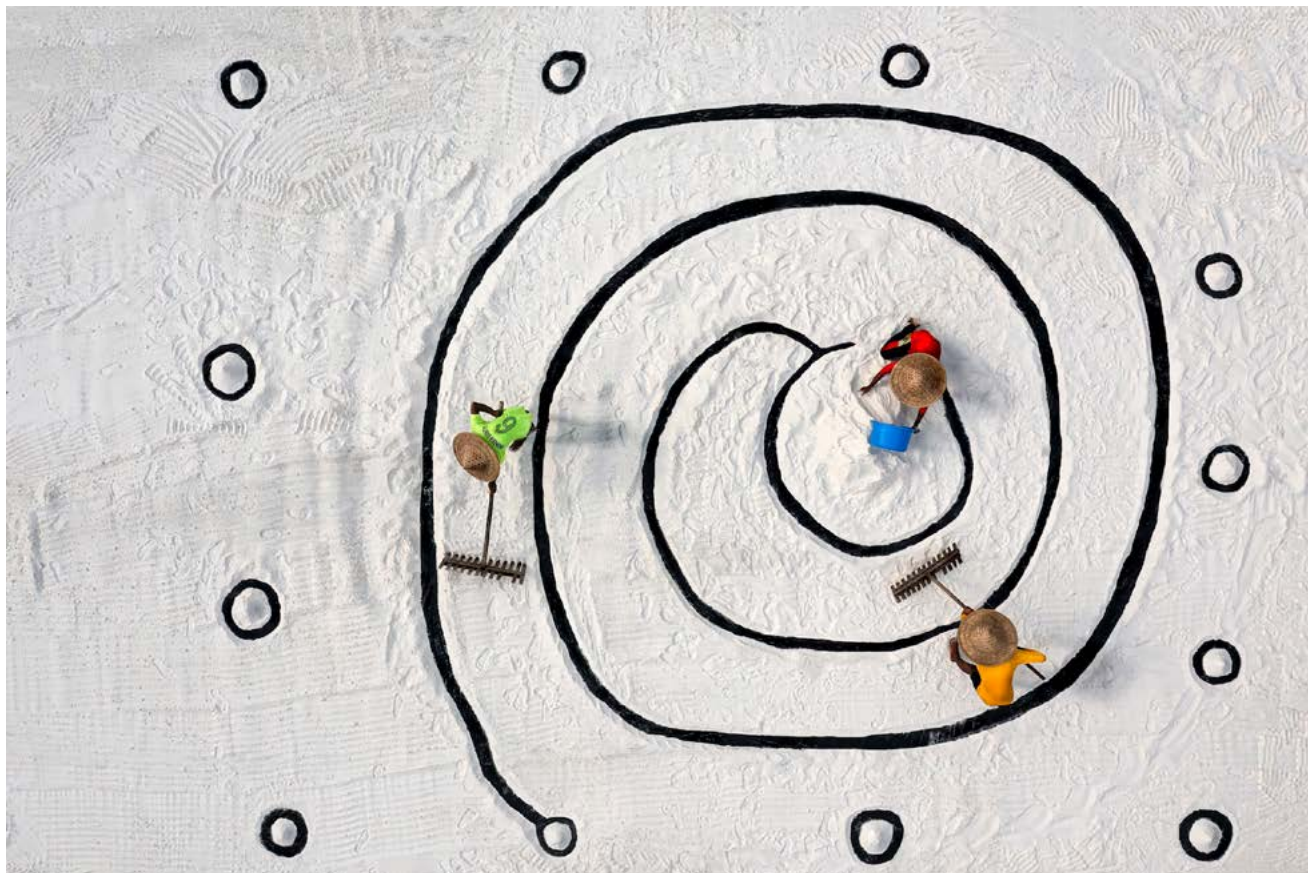
z Podgórznia, Jakub Jóźwiak z Warszawy, Ibrahim Iqbal z Bangladeszu, Robin Yong z Australii. Medale honorowe FIAP zdobyli Franco Ameli z Włoch oraz Leonid Goldin z Izraela.

W tym roku po raz pierwszy została przyznana nagroda im dr. Władysława Biegańskiego „Polskiego Hipokratesa” za szczególne wartości etyczne, ufundowana przez Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie (zał. w 1901 r. przez dr. Biegańskiego. Zdobył ją Mariusz Młodzianowski z Gdańska.

Salonowi PhotoArtMedica 2022 towarzyszy wystawa fotografii medycznej Włoskiego Towarzystwa Fotografii Medycznej AMFI „Setne sekund między bólem a nadzieją”. Wystawę, prezentowaną w Galerii4Arte w Częstochowie, otworzył prezydent AMFI prof. Maurizio Iazeolla.

W dotychczasowych 10. edycjach Salonu wzięło udział 374 uczestników z 32 krajów świata, którzy nadesłali aż 5948 fotografii. Drodzy Uczestnicy, dziękuję Wam serdecznie za podzielenie się swoją pasją i talentami, i stworzenie tego artystycznego potencjału. Ten sukces nie byłby możliwy bez wsparcia patronów, partnerów i sponsorów, w tym m.in. Naczelnej Izby Lekarskiej, Międzynarodowej Federacji Sztuki Fotograficznej FIAP oraz Fotoklubu Rzeczypospolitej Polskiej. Było wielką przyjemnością dla nas, organizatorów, móc tworzyć dla Was i z Wami tych 10 Salonów, cieszyć się wspólnie pięknymi zdjęciami i budować społeczność PhotoArtMedica. Mamy nadzieję na wspólną kontynuację tej idei i kolejne jubileusze!

GazetaLekarska.pl



„The salt dryers”, Shourjendra Datta

Grand Prix PhotoArtMedica 2022 (jedno z czterech zdjęć autora nagrodzonych w tej kategorii)

Nagroda specjalna przewodniczącej jury Małgorzaty Dołowskiej PhotoArtMedica 2022

KULTURA

Lekarska muza dla lubińskich wcześniaków

Występują w jednym z polskich miast, tylko raz w roku. Najczęściej podczas koncertu charytatywnego. Polska Orkiestra Lekarzy, działająca od 12 lat pod kierunkiem Elżbiety Czechowskiej, zawiązała tym razem do Centrum Kultury „Muza” w Lubinie. 50-osobowy zespół brawurowo poprowadził, pochodzący z Boliwii i systematycznie współpracujący z polskimi symfonikami, maestro Ruben Silva. Gwiazdą wieczoru był Krzysztof Janowicz – skrzypek Witolda Lutosławskiego i laureat konkursu im. Henryka Wieniawskiego z 1962 r. Dochód ze zbiórki prowadzonej w przerwie popisu lekarzy muzyków przeznaczono na wyposażenie Oddziału Noworodkowego Regionalnego Centrum Zdrowia w Lubinie, kierowanego przez Ewę Gramiak.

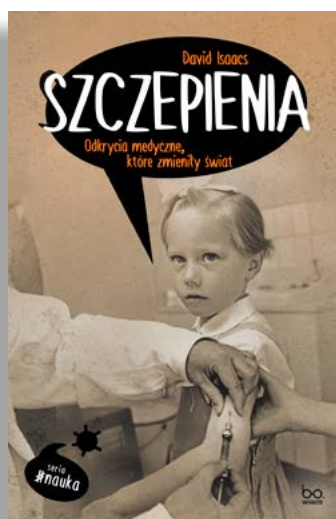
Polska Orkiestra Lekarzy jest finansowana przez Ośrodek Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej. W 2023 r. POL chciałaby zagrać na rzecz pacjentów w Szczecinie. (JW)



FOTO: JAROSŁAW WANECKI

NASZA CZYTELNIJA

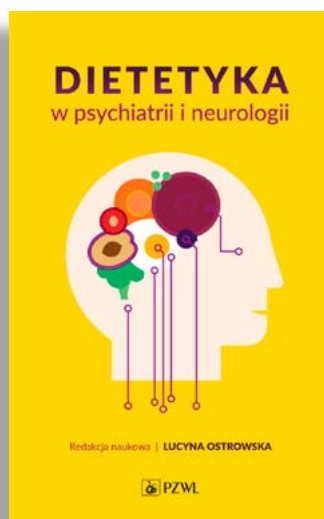
SZCZEPIENIA. ODKRYCIA MEDYCZNE, KTÓRE ZMIENIŁY ŚWIAT



David Isaacs

Wciągająca opowieść o dramatycznej walce z groźnymi patogenami, śmierci wielu ludzi, rywalizacji między naukowcami w wyścigu o życie i przede wszystkim końcowym sukcesie, jakim było opracowanie szczepionek przeciw chorobom, które jeszcze nie tak dawno temu siały postrach na całym świecie. Autor szuka także odpowiedzi na pytanie, dlaczego pomimo ewidentnych korzyści wynikających z powszechnej wakcynacji coraz silniejsze stają się ruchy antyszczepionkowe.

DIETETYKA W PSYCHIATRII I NEUROLOGII



**Redakcja naukowa:
Lucyna Ostrowska**

W książce znajdziemy podstawowe zalecenia dietetyczne dla osób cierpiących na choroby psychiczne i neurologiczne, a także przykłady dziennych jadłospisów dotyczące konkretnych jednostek chorobowych oraz wskazówki, jakich błędów żywieniowych unikać. Wiedza zawarta w tej publikacji ułatwia skomponowanie diety wspomagającej często długotrwały proces terapeutyczny i może być przydatna zarówno dla lekarzy i dietetyków, jak również dla pacjentów i ich rodzin.

KULTURA

XIII edycja „Pulsu Słowa” i „Molekuły wrażliwości 5”

15 października w Domu Literatury w Warszawie odbyło się spotkanie z laureatami XIII Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego „Puls Słowa” dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów. Spotkanie poprowadzili: Bożena Hoffman-Golańska (przewodnicząca Komisji ds. Kultury ORL w Warszawie), prof. Waldemar Hładki (prezes UPPL) i Majka Maria Żywicka-Luckner (pomysłodawczyni konkursu). Słowo na temat nagrodzonych prac konkursowych wygłosił Marek Wawrzkiwicz (prezes ZLP), przewodniczący jury. Swoją obecnością uroczystość zaszczylił Piotr Pawliszak, prezes ORL w Warszawie, ze swoimi dziećmi, które okazały się nieocenionymi pomocnikami w rozdawaniu nagród.

Nagrodzone wiersze i fragmenty prozy prezentowali: Iwona Rulewicz i Wojciech Magnuski. Po krótkiej przerwie czekała nas kolejna poetycka uczta, tym razem za sprawą spektaklu poetycko-muzycznego „Molekuły wrażliwości 5”. Usłyszeliśmy utwory laureatów, ale także wiersze



Agnieszka Rautman-Szczepańska,
laureatka I miejsca w kategorii Poezja

lekarzy członków UPPL oraz lekarzy będących członkami OIL w Warszawie. Muzyczną oprawą wzbogacili spotkanie Joanna Vorbrodt i Romeo Vorbrodt. Pokonkursowa antologia nagrodzonych „Odpominanie” pozwoliła zebranych gościom przedłużyć do późnych godzin wieczornych ten niecodzienny klimat sobotniego popołudnia.

Nagrodzeni w kategorii Poezja: I nagroda – Agnieszka Rautman-Szczepańska ze Sztokholmu, II nagroda – Renata Paliga ze Szczecina, III nagroda – Zbigniew Kostrzewa z Łowicza, wyróżnienia – Bolesław Sawicki z Łodzi i Zbigniew A. Łobodziński z Mińska Mazowieckiego.

Nagrodzeni w kategorii Proza: I nagroda – Agnieszka Kania z Opola, II nagroda – Witold Kopeć z Wąsosz, III nagroda – Renata Paliga ze Szczecina, wyróżnienia: Anna Piłuch-Noworolska z Krakowa, Marek Pawlikowski z Łodzi

Wyróżnienia drukiem w kwartalniku społeczno-kulturalnym „Własnym Głosem”: Natalia Szejkó z Sochaczewa oraz Katarzyna Wierzbicka z Otwocka.

FOTO: TOMASZ SZCZEPAŃSKI

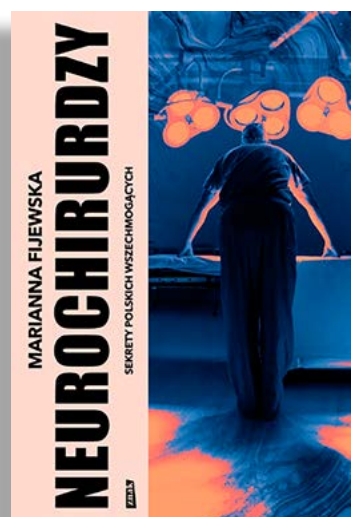
CZASEM CZUJĘ MOCNIEJ. ROZMOWY O WYCHODZENIU Z KRYZYSU PSYCHICZNEGO



Agnieszka Jucewicz

12 rozmów o trudnym doświadczeniu kryzysu psychicznego: depresji, uzależnieniu, napadach lęku, zaburzeniach odżywiania, chorobie afektywnej dwubiegunowej etc. Szczerych, intymnych, mocnych, ale też dających nadzieję, że można podjąć skuteczną terapię i zawalczyć o swoje zdrowie i życie. Uświadamiają one, że problem jest powszechny i może dopaść każdego.

NEUROCHIRURDZY. SEKRETY POLSKICH WSZECHMOGĄCYCH



Marianna Fijewska

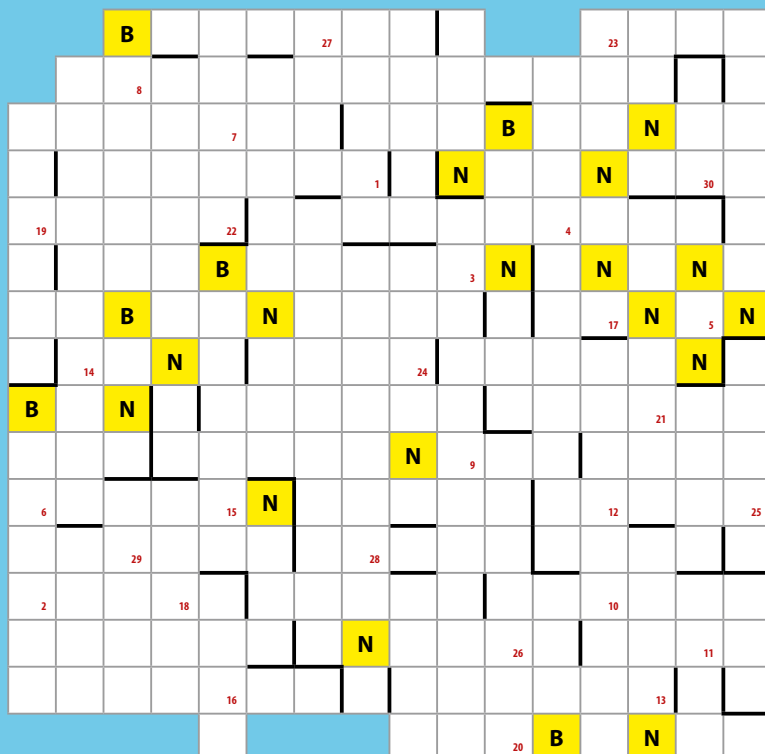
Neurochirurgia jest uznawana za jedną z najtrudniejszych specjalizacji medycznych. Kto decyduje się na wybór takiej drogi zawodowej? Jakich są motywacje? Jak lekarze ci radzą sobie z emocjami? Kim są ich pacjenci? To przejmujący reportaż o ludziach, którzy dostają szansę na drugie życie i tych, dzięki którym staje się to możliwe.

Ogłoszenia



**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

Z kodem PZWL23 wszystkie książki drukowane zamówione
na www.pzwl.pl 23 proc. taniej!



Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B i N. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Henriego Bergsona. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 29 listopada 2022 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wyłonimy 5 laureatów, którzy otrzymają nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* wróblowaty żerujący na kopytnych z sawanny * nad Niegocinem * grecki twórca sielanki * anatomiczny element między strukturami * Sprawiedliwość w Hadze * nauka umoralniająca * rodzaj rehabilitacji medycznej * Samojezd * agencja badań kosmicznych (USA) * miasto skrucy w Emilia-Romana * alkalozja * zakażenie owiec przez Clostridium * kniec błotna * sumeryjska bogini miłości i płodności * Ely, propagator brydża * między protaktem a neptunem * córka urzędnika królewskiego * pętla bakteriologiczna * plynie w Cieszyńie * trzeci gród Wielkopolski * spec od matematyki w medycynie * strącany z roztworu * obóz Kozaków * talon * uzdrowisko w pld. Gwatemali * środek odwoławczy * sprzedaje narkotyki * naczynie do wina i goryczy * John, opisał ślepotę barw * pseudo Eisenhowera * stolica Kalmucji * karetka ratunkowa * pieśń żałobna * lecznicza palma doniczkowa * baka, znak nawigacyjny * przypadek do rozstrzygnięcia * Elizabeth, laureatka dwóch Oscarów * na narzędzia medyczne lub datki * organizm żerński * stolica Czuczoki * krowa morska lub auto * rodzaj endocytoty * Baltazara * cesarz, syn Walentyniana

I i Sewery * mieszka w Libii i Katarze * imię Disneya * barwnik żółci * syn Dedala * długoletni premier Portugalii (46 lat) * snowacz * choina * zmierzch * święta góra w Grecji * przeciwnik Peryklesa * nauka o budowie i działaniu organizmów żywych * księga zaratusztrianizmu * przewodnik turystyczny * estry cykliczne * imię Turner * pluskwiaki cykadokształtne * Nowy z Manhattanem * dodatkowy żagiel na rufie * pln.-zach. część Anatolii * między fransem a aktywnym * -Kum, pustynia na Niz. Turańskiej * strefa przejściowa las-łąka * związek między ludźmi * amulety * okrycie konia * robotnik portowy * fortepian mini * osiedle w Wawrze z Instytutem Kardiologii * kopec * tkanka (tác.) * malowane na jarmarku * hultaj, urwis * żona radzy

Jerzy Badowski

Rozwiązanie jolki lekarskiej nr 277 („GL” nr 9/2022)

Do zwycięstwa potrzeba krwi, potu i łez.

Nagrody otrzymują: Monika Cieślak (Kielce), Aleksandra Kujawa (Wrocław), Dawid Kwaśniewski (Owadów), Joanna Piotrowiak (Chmielno), Monika Śledzik (Kraków). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

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

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 184 260 egz.

Kolegium redakcyjne

Jacek Bujko, Paweł Doczekalski, Marta Jakubiak, Renata Jeziórkowska, Maria Kłosińska, Ryszard Golański, Dariusz Samborski, Mikołaj Sinica, Lidia Sulikowska, Mariusz Tomczak

Redakcja

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

Marta Jakubiak (redaktor naczelna)

tel. 698 297 739

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska (sekretarz redakcji)

tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak (dziennikarz)

tel. 696 487 048

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak (redaktor portalu internetowego)

tel. (22) 558 80 40

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

tel. 606 699 830

e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Sebastian Knysak

tel. (22) 559 13 26

ogloszenia@gazetalekarska.pl

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

QUAD

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

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

