



lek. Tomasz Kozioł
- Prezes ORL
w Tarnob.

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Przygotowując się do napisania tego tekstu - mojego ostatniego na stanowisku prezesa - przejrzałem poprzednie biuletyny. Chciałem przypomnieć sobie, o czym informowałem Państwa na przestrzeni dwóch kadencji, które sprawowałem dzięki Państwa głosom.

Lektura nie napełnia optymizmem. Wydaje mi się, że spędziliśmy ostatnie osiem lat, informując i ostrzegając przed kolejnymi niekorzystnymi zmianami w polskim systemie ochrony zdrowia. Złe decyzje polityczne mające na celu osiągnięcie doraźnych korzyści politycznych, lekceważenie problemów, które nawarstwiały się w środowisku od lat, kwestie demograficzne, w końcu pandemia koronawirusa i wszystkie dramaty z nimi związane przewijały się w moich tekstach w kolejnych numerach naszego biuletynu.

Czy jednak to znaczy, że samorząd lekarski - a na dobrą sprawę każdy samorząd zawodowy lub inne metody integracji profesjonalnych środowisk - nie ma już racji bytu? Czy zawsze interesy polityczne będą na pierwszym planie, uniemożliwiając konstruktywne dyskusje i wprowadzanie zmian, które rzeczywiście poprawią sytuację nie tylko poszczególnych grup, ale i całego systemu?

Nie chciałbym, żeby mój ostatni tekst stał się nadmiernie polityczny. Ostatnie lata pokazały, że ochrona zdrowia jest traktowana po macoszemu przez polityków wszystkich opcji. Dlatego jedyną nadzieją jest wzmocnienie roli samorządów poprzez pracę u podstaw. Młodzi lekarze pokazali poprzez organizowane przez siebie strajki rezydentów, że nie chcą pozostawać bierni w sprawach, które ich dotyczą - a jednocześnie nie angażują się w działalność izb lekarskich, stawiając na inne formy integracji. Przyciągnięcie ich do samorządu lekarskiego ogromnie zwiększyłoby jego słyszalność. Nie oszukujmy się, średnia wieku lekarzy w naszym kraju cały czas się podnosi. Młodzi, którzy są w końcu naszą przyszłością, wciąż jednak wolą iść swoją drogą - czasami prowadzi ich ona poza granice naszego kraju, co tylko pogłębia narastający w Polsce kryzys.

Jak wybrnąć z tego problemu? Sam starałem się integrować nasze środowisko na poziomie towarzyskim, choćby przywracając coroczne Bale Lekarzy. Niestety, pandemia pokrzyżowała mi szyki, ale mam nadzieję, że ta impreza powróci w kolejnych, spokojniejszych latach. Starałem się ożywić działalność Izby na terenie naszego okręgu - czy mi to wyszło, mogą Państwo ocenić sami.

Przed moim następcą lub następczynią wiele ciężkich zadań. Mam nadzieję, że ktokolwiek przejmie moje miejsce w naszej siedzibie, znajdzie w sobie siłę, żeby poprowadzić naszą Izbę ku lepszej przyszłości.

Dziękuję za ostatnich osiem lat. Reprezentowanie Państwa było dla mnie ogromnym zaszczytem.

Tomasz Kozioł

Szpalka Prezesa	3
Z prac ORL w Tarnob.....	4
„Siła samorządu to siła środowiska...”	5
Nagrodzony projekt	7
<u>Kącik prawny</u>	
„Polski ład” - nowe zasady rozliczania przychodu	8
Od rozbiórki do inwestycji	11
<u>Kącik naukowy</u>	
Diagnozowanie i leczenie pacjentów z HCV w dobie pandemii COVID-19	12
Zabieg usunięcia guza mózgu u przytomnego pacjenta.....	14
Onkologiczne plany w Bochni.....	15
O „papierowej pracy” lekarzy.....	16
Pierwi wśród dzieci.....	17
Endoprotezy - wciąż daleko od zaleceń.....	18
Spacerowa terapia	18
Rezydenckie wybory i wakaty	19
<u>Moje podróże</u>	
Gdy jesteś na safari	20

BIULETYN

Okręgowej Izby Lekarskiej
w Tarnobie
33-100 Tarnob, ul. Mościckiego 16,
tel.: 14-688-88-30, 14-688-88-31
e-mail: tarnob@hipokrates.org
www.oil-tarnob.pl
BIP: www.oil.un.pl/bip

Nr konta:

SANTANDER BANK POLSKA S.A
74 1910 1048 2640 0010 1213 0001

Nakład: 1500 egz.



lek. Krzysztof Kasperczyk
- Sekretarz ORL
w Tarnowie

Ostatnie w 2021 roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej miało miejsce 8 grudnia. Zebrani zapoznali się z dwoma wnioskami, rekomendowanymi przez komisję socjalną a złożonymi przez dwie lekarki dentystki. Jedno dotyczyło przyznania zapomogi socjalnej ze względu na zły stan zdrowia. Drugi zawierał prośbę o zwolnienie z zaległych składek członkowskich, które były naliczane ponieważ lekarz nie zgłosił do izby zaprzestania działalności w ramach praktyki lekarskiej. Obydwa wnioski po szczegółowym zapoznaniu się zostały przez członków Rady zaakceptowane w głosowaniu. Warto przy tym przypomnieć kolegom lekarzom o konieczności zgłaszania do Izby Lekarskiej zakończenia pracy zawodowej lub zawieszenia prowadzonej działalności gospodarczej. Następnie głosowano przyznanie nowym członkom izby tarnowskiej praw wykonywania zawodu stałego i ograniczonego oraz z tak zwanej

„szybkiej ścieżki”. Zarejestrowano też różne formy prowadzonej na naszym terenie działalności gospodarczej.

12 stycznia zebrało się Prezydium ORL. Realizowano zadania statutowe Izby: wydanie praw wykonywania zawodu i rejestrację praktyk lekarskich. Ostatnio na każdym zebraniu wydawanych jest 1 – 4 praw wykonywania zawodu dla lekarzy z Ukrainy, którzy zgodnie z obowiązującymi przepisami przyjmowani są w poczet członków izb lekarskich z uznaniem zdobytych przez nich kwalifikacji w swojej ojczyźnie bez potrzeby nostryfikacji dyplomu.

16 lutego odbyło się ostatnie posiedzenie tej kadencji Okręgowej Rady Lekarskiej. Dokonano jak zwykle rejestracji nowych praktyk lekarskich, przyjęto do wiadomości zgłoszenia zakończenia wykonywanej działalności gosp. oraz wydano nowe prawa wykonywania zawodu i skierowania do odbycia staży poddyplomowych. Główną częścią zebrania była analiza i przyjęcie sprawozdania skarbnika z wykonania budżetu Izby w roku 2021, który zamknął się dodatnim wynikiem

finansowym. W związku z tym zebrani na wniosek Prezesa Izby podjęli decyzję o przyspieszeniu spłaty kredytu hipotecznego zaciągniętego przy budowie siedziby naszej Izby. Potem omówiono szczegółowo preliminarz budżetowy na rok 2022, który był trudny do przygotowania z powodu znacznego wzrostu cen, głównie energii. Należy liczyć się z potrzebą dokonania w najbliższym czasie korekty preliminarza. W marcu odbędzie się zjazd sprawozdawczo – wyborczy naszej Izby. Dokona on wyboru nowej Rady i nowego Prezesa OIL. Wynika to z ograniczenia sprawowania funkcji kierowniczych w izbach do dwóch kadencji.

Żegnając się z działalnością w Izbie pragnę wyrazić przekonanie, że wśród Kolegów i Koleżanek z nowych pokoleń z pewnością będą znajdować się tacy, którzy gotowi będą pracować w samorządach na rzecz naszej lekarskiej społeczności.

Z sentymentem będę wspominał wszystkich pracowników, którzy z zaangażowaniem i najwyższym profesjonalizmem wykonują obowiązki administracyjne naszej Izby.

XLI Okręgowy Sprawozdawczo - Wyborczy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów

odbędzie się w dniu 26 marca 2022 r.

Obrazy zjazdu odbędą się w Hotelu Cristal Park-Modrzewiowy Dwór,
ul Traugutta 5, 33-101 Tarnów

Rozpoczęcie obrad o godz. 09.00

Obecność DELEGATÓW OBOWIĄZKOWA

„Siła samorządu to siła środowiska...”

– rozmowa z **Tomaszem Koziółem**, kardiologiem, prezesem Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie.

– *Dwie kadencje prezesury w samorządzie - co się w tym czasie udało zrealizować czy zmienić w tarnowskiej OIL?*

– W pierwszej kadencji sporo zmieniliśmy w sprawach organizacyjnych, związanych z funkcjonowaniem Izby. Dotyczyło to m.in. obsługi księgowej i obsługi prawnej. Poprzednio ta składowa funkcjonowania OIL nie do końca spełniała swoje zadanie, były głosy i wymagania środowiska w kwestii przede wszystkim obsługi prawnej. Podpisaliśmy więc umowę z kancelarią prawną, która obecnie prowadzi obsługę Izby, a ponadto świadczy nieodpłatne usługi dla lekarzy potrzebujących pomocy prawnej, np. w kontaktach z pracodawcami i innych życiowych lub zawodowych sprawach. To poradnictwo obejmuje różne kwestie, z wyłączeniem spraw karnych i kryminalnych, i cieszy się pewnym powodzeniem. Działa chyba dobrze, bo nie słyszałem negatywnych opinii.

Drugą ważną sprawą było znalezienie nowej siedziby dla tarnowskiej OIL. Szukano jej jeszcze w kadencji poprzednich prezesów, zwłaszcza dr Zycha, ale dopiero w czasie mojej prezesury udało się to zrealizować. Był to trochę splot pomyślnych zdarzeń, trochę pomocy osób działających na rynku nieruchomości. Udało nam się uzyskać informacje dotyczące możliwości nabycia nieruchomości w sąsiedztwie, dosłownie vis a vis poprzedniej siedziby. Była ona do nabycia w drodze postępowania komorniczego, podjęliśmy więc działania - kamienicę udało się nabyć za

fundusze, które mieliśmy już zgromadzone. Oczywiście, potem trzeba było zrobić remont, był to spory wysiłek finansowy, a także organizacyjny dla całego biura OIL. Uzyskaliśmy pomoc finansową z Naczelnej Izby Lekarskiej, co pozwoliło nam pomyślnie zamknąć inwestycję. Na początku mojej drugiej kadencji zaczęliśmy funkcjonować już w nowej siedzibie.

– *Jak układała się współpraca ze środowiskiem lekarskim? Jak ocenia Pan zaangażowanie lekarzy w działania samorządu?*

– Odpowiedź nie jest łatwa ani jednoznaczna. W zasadzie od początku mojej działalności w OIL, jako jej członek i jako prezes, mogę powiedzieć, że środowisko lekarskie trochę nie docenia roli samorządu. I nie do końca rozumie ideę, że siła samorządu nie wynika z siły zarządu, ze znajomości prezesa czy innych osób kierujących, reprezentujących, ale z siły całego środowiska. Niejednokrotnie spotykałem się z takimi postawami koleżanek i kolegów, którzy przychodzili do mnie z uwagami i mówili, że Izba nic im nie daje, że nie widzą jakichś istotnych korzyści z działania samorządu. A gdy proponowałem, by spróbowali to zmienić, by podjęli - z moją pomocą i wsparciem - działalność w samorządzie, szybko się wycofywali. Stwierdzali, że nie mają na to czasu, że trzeba pracować... Oczywiście, jest to znak czasu - lekarze pracują dużo, zwykle za dużo, i tylko mała garstka z nich znajduje czas i energię na pracę dla ogółu środowiska. Ale też trudno

mówić o sile środowiska bez siły i woli poszczególnych jego członków. Zawsze szukamy form aktywizacji lekarzy - mnie się może nie do końca udało, choć spotykałem się, oczywiście, i z postawami zaangażowania.

Muszę więc odpowiedzieć, że współpraca z lekarzami układa się różnie - mogłaby być na pewno lepsza. Za plus drugiej kadencji uważam jednak fakt, że jako członkowie Okręgowej Rady pojawili się młodzi lekarze. Następuje pewna wymiana pokoleniowa. Część kolegów, którzy osiągnęli wiek emerytalny lub sporo poemerytalny, ogłosiła zakończenie pracy w samorządzie - stąd potrzeba aktywności nowych osób. Wydaje się, że jakaś część młodych lekarzy ma poczucie, że powinni działać na rzecz środowiska, nie powinni stać z boku. Mieszanka młodości i doświadczenia na pewno będzie miała znaczenie w najbliższej działalności Izby. Nowi delegaci na zjazd to lekarze dość młodzi, przyszłość pokaże, na ile będą się chcieli zaangażować w konkretne działania.

– *Jakie zmiany miały wpływ na środowisko medyczne w okresie Pańskiej prezesury, co ewentualnie wymagało reakcji?*

– Sporo się działo, choć nie zawsze było widoczne „z zewnątrz”. Uczestniczyłem w wielu spotkaniach w Naczelnej Izbie Lekarskiej, w ministerstwie, w Konwencji Prezesów. Dotyczyło to m.in. działań skierowanych na zabezpieczenie środków finansowych na zadania przejęte przez samorządy od administracji państwowej. Za ka-

dencji różnych ministrów często rosło to do skali problemów, za ministra Radziwiła komunikacja trochę się poprawiła i współpraca jest bardziej zadowolająca.

Ponadto, w okresie, gdy miałem okazję być prezesem, nastąpiła digitalizacja świadczeń medycznych, co wymagało od części lekarzy co najmniej nabycia nowych umiejętności. Wielu kolegów i koleżanek pracowało wcześniej „na słuchawce i długopisie” – jak mówi porzekadło. Tymczasem pojawiły się e-zwolnienia, e-skierowania, e-recepty – duży krok ku e-administracji w ogóle. A przygotowywali to wszystko ludzie niekoniecznie znający praktykę medyczną. Prowadziliśmy - w ramach NIL i Konwentu Prezesów - spotkania mające na celu przedstawienie ministerstwu problemy powstające w zderzeniu opieki medycznej z e-administracją. Było wiele wątpliwości, wyjaśnień, ożywionych dyskusji...

Wielu lekarzy – szczególnie starszego pokolenia – miało wątpliwości i obawy. Ale też prowadzone przez nas szkolenia z obsługi komputera i Internetu cieszyły się sporym zainteresowaniem, właśnie głównie ze strony starszych kolegów i koleżanek. I chyba okazało się, że nie takie to trudne – każde nowe budzi obawy, ale przecież lekarze to ludzie inteligentni, na co dzień mierzący się z problemami bardziej złożonymi, niż programy komputerowe. Poradzimy sobie.

Oczywiście, w drugiej kadencji samorządu problemem i znakiem czasu dla środowiska – i całego społeczeństwa - stała się pandemia COVID-19. To coś, z czym się dotąd nie spotkaliśmy, w pewnym sensie próba dla wszystkich. I brnęliśmy przez kolejne jej etapy. W początkowym okresie była walka o środki ochrony osobistej, o zapewnienie bezpieczeństwa pra-

cowników ochrony zdrowia. Nie było dość tych środków ochrony, był za to duży odzew społeczny, szcicie maseczek, firmy uruchamiające produkcję przyłbic czy środków odkażających, akcje pomocowe. Jako środowisko odczuwaliśmy poparcie społeczne. Ale potem znowu nastroje się zmieniły, były objawy niechęci i głosy krytyczne, zdarzały się elementy nagonki. A gdy zaczęła się akcja szczepień, znów, nawet w samym środowisku lekarskim, pojawiły się różnice zdań. Niektórzy lekarze – często bardzo dobrzy specjaliści w swoich dziedzinach – zaczęli negować sens szczepień, na pewno w sprzeczności z tym, czego nauczyli się na studiach o zasługach szczepionek i ich roli społecznej. Oczywiście, można mieć prywatnie swoje zdanie, ale chyba każdy cieszący się renomą lekarz powinien mieć świadomość, że jego opinie mają określone skutki i zdrowotne, i społeczne. W lokalnym środowisku lekarskim są osoby, które negują rolę szczepień, mają duże poparcie medialne i – moim zdaniem – rzucają w ten sposób cień na wszystkich lekarzy.

I przed pandemią, i już w czasie jej trwania miały też miejsce zdarzenia, mające pokazać jedność środowiska w pewnych kwestiach - było sporo akcji pracowników służby zdrowia, jak protesty pielęgniarek i lekarzy rezydentów, „białe miasteczka”. Patrząc z mojej perspektywy, wszelkie akty protestacyjne na przestrzeni lat ewoluowały – o ile początkowo dotyczyły zwykle spraw płacowych, wzrostu zarobków dla lekarzy, to obecnie idą także w kierunku poprawy pracy, zmniejszenia obciążenia administracyjnego i zwiększenie dostępności lekarzy dla pacjentów. Lekarze chcą pracować w dobrych warunkach, mieć dostęp do nowoczesnych procedur, by ich jakość pracy była jak najlepsza.

Muszę powiedzieć, że o ile we wcześniejszych akcjach i protestach tarnowskie środowisko uczestniczyło, to ostatni – we wrześniu 2021 roku – protest dotyczący m.in. zwiększenia nakładów, liczby pracowników i refundowanych świadczeń w ochronie zdrowia jakoś nie znalazł odzewu. Nikt w nim nie uczestniczył. Znów chyba zawiodło zaangażowanie środowiska. A to niebezpieczne - jeśli lekarze rezygnują z wyrażenia swego zdania, swojej woli w dotyczących ich sprawach, inicjatywę przejmie ktoś inny, kto – po urzędniczemu, bez konsultacji i liczenia się z opiniami środowiska – podejmie decyzje.

– Jakie – być może i w tym aspekcie – widzi Pan kierunki rozwoju OIL, jej rolę na teraźniejszość i przyszłość?

– Obawiam się, że wobec pewnych działań władzy podstawową sprawą będzie takie ustabilizowanie sytuacji, aby samorząd... po prostu przetrwał i działał dalej.

Z pewnych posunięć na najwyższym szczeblu, z pewnych zmian prawnych można ostatnio odnieść wrażenie, że samorządy zawodowe przeszkadzają obecnej władzy. Są próby marginalizacji władzy samorządowej w ogóle. I być może trzeba będzie mocniej akcentować obecność samorządu, jego siłę, by nie dać się zmarginalizować albo wchłonąć przez jakieś struktury administracyjne. Może to trochę ciemna wizja z mojej strony, ale mam przekonanie, że władza powinna czuć oddech organów samorządowych czy organizacji zawodowych, a aktywność lekarska w samorządzie musi być widoczna. Nawet w ramach niektórych ustaw „covidowych”, które weszły w czasie pandemii, znajdowały się zapisy godzące w samorząd i środowisko – np. usunięcie zapisu o zawodzie lekarza jako wolnym zawodzie.

W ogólnej działalności samorządu ważny będzie nadzór nad aktami prawnymi, dotyczącymi spraw medycznych i środowiska, w tym przeciwstawianie się dalszej biurokracyzacji zawodu lekarza i walka o czas dla pacjenta. Także o pewne zasady dotyczące pracy lekarza, np. odpowiednie rejestrowanie, sprawdzanie i ocenianie różnych zdarzeń medycznych. Obecnie lekarze są pod specjalnym nadzorem, każde zdarzenie medyczne traktowane jest od razu jak przestępstwo, nie ma istniejącej w innych krajach zasady know-how. Obecna Izba prowadzi w tej kwestii rozmowy z ministerstwami, ale szczególnie w Ministerstwie Sprawiedliwości jest silny opór.

Poza tym wciąż pojawiają się decyzje o pracy lekarzy, zwykle dorzucające nam obciążenia – np. niedawne ogłoszenie Ministra Zdrowia, że każdy pacjent 60+ z potwierdzonym zakażeniem COVID ma mieć w ciągu 48 h wizytę lekarską. Jest to nierealne – typowa decyzja administracyjna obliczona na efekt medialny, która dorzuca obciążenie już i tak przepracowanemu środowisku lekarzy. Być może szansą na pokazanie pracy służby zdrowia w prawdziwym kształcie byłoby zdecydowanie się na zasadę: jeden lekarz, jeden etat. Na pewno pokazałoby to wszem i wobec, jakie faktycznie są braki lekarzy. Obecnie niemal każdy lekarz pracuje w wielu miejscach, łącąc dziury etatowe i nieustannie wyrabiając wiele godzin ponad etat. Dzięki temu ochrona zdrowia w Polsce jeszcze jakoś funkcjonuje. A przecież lekarz nie powinien pracować w stanie notorycznego zmęczenia, bo podejmuje decyzje, od których – dosłownie – zależy życie.

Tymczasem w mediach pojawiają się rewelacje, ile to lekarze zarabiają – bez informacji, ile godzin poświęcają pracy. To nastawia społeczeństwo ne-

gatywnie, i to jedno z wielu zjawisk, z jakimi przyjdzie nam się zapewne zmierzyć.

Co poza tym? Tworzymy nową stronę internetową OIL. Mamy nadzieję, że będzie bardziej przyjazna, bardziej czytelna i funkcjonalna.

– Jak dawno związany jest Pan z samorządem lekarskim w Tarnowie i czy nadal zamierza Pan w nim pracować?

– Dat nie pamiętam, pierwszy raz z samorządem miałem do czynienia, gdy jeszcze siedziba była na ul. Goldhammera... Dwie kadencje byłem wiceprezesem, zanim powierzono mi – znów na dwie kadencje – prezesurę. Oczywiście, reprezentowanie OIL, uczestnictwo w spotkaniach NIL czy Konwentu Prezesów to dość czasochłonne zajęcia, wymagające rezygnacji z części życia prywatnego, a także czasem nieobecności w stałym miejscu zatrudnienia – choć przyznać muszę, że ze strony dyrekcji szpitala nigdy nie miałem z tego powodu problemów. Ale, oczywiście, bywały takie momenty, kiedy mówiłem, że trzeba

dać sobie spokój z samorządem, skupić się na pracy zawodowej i rodzinie...

Ale chyba tego nie zrobię – to byłoby trochę nie fair. Poza tym, praca w samorządzie wciąga. To pewna forma aktywności pozamedycznej, umożliwiająca m.in. spotkania z ludźmi, ciekawymi ludźmi, których inaczej pewnie nie poznałbym, wymieniania poglądów w dość szerokim spektrum tematów... To istotne plusy tej pracy.

Toteż, jeśli chodzi o plany na przyszłość, nie uciekam z samorządu. Jestem delegatem na zjazd, jeśli zostanę wybrany do Okręgowej Rady, to na pewno będę się starał w jej spotkaniach uczestniczyć aktywnie. Mam też nadzieję, że będę mógł swoim doświadczeniem pomóc następnemu prezesowi.

Dziękuję wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy działali w Okręgowej Radzie Lekarskiej, w prezydium OIL, a także paniom pracującym w administracji - pani dyrektor biura, paniom z działu księgowego, z rejestru medycznego. I wszystkim, którzy przez dwie kadencje wytrzymali ze mną... Mam zresztą nadzieję, że nadal będziemy współpracować.

Nagrodzony projekt

Opracowany w oddziale psychiatrycznym tarnowskiego Szpitala im. Św. Łukasza projekt został oceniony jako najlepszy w Polsce w konkursie „Mogę, Potrafię, Chcę”, organizowanym przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Konkurs był skierowany m.in. na stworzenie scenariuszy terapeutycznych, dostępnych dla osób zainteresowanych ich realizacją, i wykazanie roli terapii zajęciowej w terapii osób zmagających się z kryzysem psychicznym. Projekt – „Słowa Leczą”, autorstwa terapeutki Zofii Wójcik oraz pacjentów

oddziału psychiatrycznego Szpitala św. Łukasza w Tarnowie otrzymał w konkursie pierwsze miejsce.

– Ta nagroda pokazuje, że choć jesteśmy młodym ośrodkiem, działającym od grudnia 2015 roku, potrafimy działać niemniej skutecznie od ośrodków z wieloletnim doświadczeniem – skomentowała Anna Czech, dyrektor szpitala. – Staramy się, aby pacjenci mieli dostęp do nowoczesnych form terapii, a wszystko zaangażowaniu zespołu, szkoleniom i śledzeniu przez personel najnowszych trendów.



adw. Marcin Korczak

„Polski Ład”

– nowe zasady rozliczania przychodu

Z dniem 1 stycznia 2022 roku zaczął obowiązywać „Polski Ład”, który zmienił zasady rozliczeń m.in. w zakresie przychodów z działalności branży medycznej. Jedną z kluczowych zmian było wprowadzenie stawki ryczałtu w jednolitej wysokości 14% dla przychodów powstałych z tytułu świadczenia usług opieki zdrowotnej. Zdecydowano się także na wyłączenie możliwości odliczania składki zdrowotnej od ryczałtu lub podatku na podstawie karty podatkowej. Sama możliwość wyboru karty podatkowej także istotnie została ograniczona.

Opodatkowanie przychodów ze świadczenia usług w zakresie opieki zdrowotnej stawką ryczałtu w wysokości 14%

Do dnia wprowadzenia zmian, tj. w tzw. Starym Ładzie, w odniesieniu do przychodów ze świadczenia usług w zakresie opieki zdrowotnej stosowano stawkę ryczałtu w wysokości 15% lub 17%. Wybór stawki mającej zastosowanie nie był jednak dowolny, a zależał od tego, czy usługi opieki medycznej realizowane były w formie wolnego zawodu (a więc z wyłączeniem umowy o pracę, umów cywilnoprawnych, w tym o dzieło lub zlecenia, czy też innych stosunków zobowiązaniowych o zbliżonym charakterze realizowane

przez osoby, które wykonują czynności związane z istotą poszczególnych zawodów). Uzyskiwane przychody ze świadczenia takich usług w zakresie opieki medycznej podlegały opodatkowaniu z zastosowaniem stawki ryczałtu w wysokości 17%. Dla odmiany, przychody ze świadczenia usług w zakresie opieki medycznej, które nie były realizowane w ramach wykonywania wolnego zawodu, podlegały opodatkowaniu w formie ryczałtu w stawce 15%.

Z początkiem 2022 roku wysokość ryczałtu od przychodów ze świadczenia usług w zakresie opieki medycznej obniżona została do wysokości 14% - zgodnie ze znowelizowanym brzmieniem art. 12 ust. 1 pkt 2a lit. a) ustawy z 20 listopada 1998 roku o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne – dalej, jako: u.z.p.d.o.f.). Zaznaczyć należy, iż nowelizacja objęła również treść art. 4 ust. 1 pkt 11 u.z.p.d.o.f. gdzie z listy wolnych zawodów w rozumieniu ustawy wykreślono szereg zawodów medycznych, takich jak:

- lekarza,
- lekarza dentystry,
- technika dentystrycznego,
- felczera,
- położnej,
- pielęgniarki,
- fizjoterapeuty.

Na skutek powyższych zmian, z pierwszym dniem nowego roku przychody ze świadczenia usług w zakresie opieki medycznej generalnie opodatkowane zostały

ryczałtem naliczanym tylko wedle jednej stawki w wysokości 14%. Podkreślenia wymaga, że wskazana powyżej wysokość podatku znajduje zastosowanie bez względu na to, czy przed nowelizacją świadczone usługi w zakresie opieki medycznej realizowane były w ramach wolnego zawodu w rozumieniu ustawy i brzmieniu sprzed nowelizacji.

Przykładowo – lekarz dentyista prowadził na własny rachunek gabinet i korzystał z opodatkowania w formie ryczałtu przychodów ze świadczonych w ramach działalności gospodarczej usług ochrony zdrowia. W związku z powyższym, w stanie prawnym sprzed 1 stycznia 2022 roku ten lekarz dentyista od przychodów zobowiązany był odprowadzać zryczałtowany podatek w wysokości 17% (w przypadku świadczenia usług tych w ramach wolnego zawodu) lub 15% w pozostałych przypadkach. Obecnie, lekarz dentyista zobowiązany będzie też do odprowadzania ryczałtu, ale w wysokości 14% niezależnie od zaklasyfikowania jego zawodu.

W przypadku jednak właściwej stawki ryczałtu dla przychodów osiąganych przez techników dentystrycznych wymaga wskazania, iż ustawodawca nie osiągnął zamierzonego efektu. W uzasadnieniu bowiem do projektu ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (IX kadencja, druk sejmowy nr 1532),

ustawodawca wskazał, iż zamiar objęcia stawką 14% dotyczy także przychodów techników dentystycznych. Prawodawca całkowicie jednak pominął, że przychody techników dentystycznych nie stanowią przychodów ze świadczenia usług, ale stanowią przychody z działalności wytwórczej (której definicja wynika z art. 4 ust. 1 pkt 4 u.z.p.d.o.f. - działalnością wytwórczą jest działalność, w wyniku której powstają nowe wyroby, w tym również sprzedaż wyrobów własnej produkcji, prowadzoną przez podatnika). Powołując się więc na prezentowane w doktrynie opinie – z dniem 1 stycznia 2022 roku przychody takie winny zostać opodatkowane z zastosowaniem stawki ryczałtu w wysokości 5,5% (w przypadku wyrobów wytarzanych z materiału własnego zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt 6 lit. a) u.z.p.d.o.f.) lub 8,5% (w przypadku wyrobów wytarzanych z materiału powierzono – zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt 5 lit. e) u.z.p.d.o.f.), nie zaś w stawce ryczałtowej w wysokości 17%. Spodziewać jednak należy się powstawania na tym tle sporów z organami podatkowymi. Prawdopodobnym jest, że organy będą starać się zastosować wyższą stawkę podatkową, zgodnie z uzasadnieniem ustawodawcy, co przełoży się zapewne na kolejne postępowania.

Wyłączenie możliwości odliczania od ryczałtu składek na ubezpieczenie zdrowotne

Do końca ubiegłego roku w oparciu o art. 13 ust. 1 u.z.p.d.o.f. ryczałt od przychodów ewidencjonowanych ulegał obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne uiszczanej przez podatnika (chyba, że została odliczona od podatku dochodowego opłacanego na zasadach ogólnych

lub w formie podatku liniowego). Podatnicy rozliczający się natomiast w oparciu o kartę podatkową skorzystać mogli z podobnego rozwiązania, które wynikało z art. 31 ust. 1 u.z.p.d.o.f. Podatnicy, w tym podatnicy świadczący usługi w szeroko pojętej branży ochrony zdrowia, odzyskiwać mogli nawet powyżej 85% uiszczanych składek na ubezpieczenie zdrowotne z uwagi na odliczenie od ryczałtu lub podatku opłacanego w formie karty podatkowej.

Powyższe, niewątpliwie korzystne dla podatnika przepisy zostały uchylone w oparciu o nowelizację w ramach tzw. Polskiego Ładu. W chwili obecnej podatnicy nie mogą już odliczać od ryczałtu podatku opłacanego w formie karty podatkowej (jak również od podatku dochodowego opłacanego na zasadach ogólnych czy w formie podatku liniowego), jak również składek płaconych na ubezpieczenie zdrowotne.

Równocześnie, w ramach wprowadzenia przepisów nowelizujących wprowadzono nowe zasady obliczania wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne uiszczanych przez prowadzące działalność gospodarczą osoby fizyczne, w tym osoby opłacające podatek dochodowy w formie ryczałtu lub w formie karty podatkowej.

Na skutek nowelizacji doszło do wprowadzenia zmian dla osób świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia w przepisach podatkowych dotyczących karty podatkowej.

Zwrócić jednak należy uwagę, że wraz z początkiem roku 2022 karta podatkowa, jako forma opodatkowania została dla nowych podatników zamknięta z uwagi na zniesienie możliwości składania nowych wniosków o rozliczenie w oparciu o kartę podatkową.

W związku z powyższym, na chwilę obecną z tej formy opodatkowania mogą korzystać jedynie podatnicy, którzy kontynuują rozliczanie się w tej formie, którzy to po dniu 31 grudnia 2021 roku nie zrezygnowali z takiej formy opodatkowania, ani – co szczególnie istotne – nie utracili do niej prawa (art. 25 ust. 1 pkt 1 u.z.p.d.o.f. w brzmieniu po nowelizacji). Podatnik, który niezależnie od rzeczywistej przyczyny zaprzestanie korzystania z tej formy opodatkowania, nie będzie miał możliwości powrotu do karty podatkowej, a więc nie będzie miał możliwości złożenia wniosku o ponowne opodatkowanie kartą podatkową.

Powyższe ograniczenia mają zastosowanie również do osób uzyskujących przychody z działalności gospodarczej lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów, techników dentyistycznych, pielęgniarek i położnych. Należy pamiętać więc, że z opodatkowania w formie karty podatkowej mogą skorzystać w obecnym roku podatkowym tylko te osoby, które korzystały z karty podatkowej w roku ubiegłym. W konsekwencji, osoby wykonujące zawody medyczne, które nie korzystały z opodatkowania w formie karty podatkowej w 2021 roku, nie mogą w 2022 roku skorzystać z opodatkowania w tej formie.

Przykładowo – Lekarz w 2021 roku korzystający z opodatkowania w formie karty podatkowej, który to nie wybierze na początku 2022 roku innej formy opodatkowania, będzie mógł w dalszym ciągu skorzystać z opodatkowania w formie karty podatkowej, chyba że zaistnieją okoliczności wyłączające taką możliwość.

Gdyby jednak wybrał on przykładowo w kolejnych latach opodatkowanie w innej formie, to skutek

będzie taki, że nie będzie miał on już możliwości powrotu do zastosowania karty podatkowej, ponieważ wyłączona będzie możliwość złożenia wniosku o zastosowanie opodatkowana podatkiem w tej formie.

Z kolei, gdyby ten sam lekarz w 2021 roku korzystał z opodatkowania w innej formie, to w 2022 roku nie będzie już uprawniony do wybrania opodatkowania w formie karty podatkowej i nie będzie miał takiej możliwości w kolejnych latach podatkowych.

Na początku roku 2022 wprowadzone zostały jednak jeszcze dwie kolejne zmiany utrudniające możliwość skorzystania z opodatkowania w formie ryczałtu przez podmioty uzyskujące przychody ze świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia.

Podkreślić należy, że wyłączono uprawnienie do skorzystania z karty podatkowej przez osoby uzyskujące przychody ze świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia w przypadku, gdy działalność ta wykonywana jest na rzecz osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej albo też na rzecz osób fizycznych dla potrzeb prowadzonej przez nie pozarolniczej działalności gospodarczej. Powyższa zmiana stanowi skutek dodania punktu 3 do części VIII załącznika nr 3 do u.z.p.d.o.f. (gdzie określone są stawki karty podatkowej obowiązujące w przypadku świadczenia usług w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego).

Przykładowo – Lekarz, który korzystał w roku ubiegłym z opodatkowania w formie karty podatkowej i prowadzi prywatny gabinet oraz zawartą ma umowę o współpracy ze szpitalem w ramach działalności gospodarczej nie będzie w 2022 roku i następnych latach uprawniony do

skorzystania z karty podatkowej.

Druga ze zmian wiąże się natomiast z okolicznością, że do końca ubiegłego roku jednym z wymaganych warunków opodatkowania w ramach karty podatkowej był wymóg, aby małżonek podatnika nie prowadził działalności w tym samym zakresie, z której przychody (dochody) podlegają odrębnemu opodatkowaniu podatkiem dochodowym na zasadach ogólnych lub też ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych (brzmienie art. 25 ust. 1 pkt 5 u.z.p.d.o.f. sprzed nowelizacji). Wskazane brzmienie przepisu sprzed nowelizacji powodowało, że prowadzenie przez małżonka podatnika działalności w tym samym zakresie, z której przychody opodatkowane były w formie podatku liniowego, nie niwelowała prawa skorzystania przez podatnika z opodatkowania w ramach karty podatkowej.

Z dniem 1 stycznia 2022 roku w związku z nowelizacją doszło do zmiany wskazanej powyżej zasady. Aktualne brzmienie art. 25 ust. 1 pkt 5 u.z.p.d.o.f. wprost wskazuje, że także prowadzenie przez małżonka podatnika działalności w tym samym zakresie, z której przychody opodatkowane są w formie podatku liniowego, wyłącza możliwość skorzystania przez podatnika z formy karty podatkowej.

Korzystna forma opodatkowania w roku 2022.

Dla świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia, którzy w obecnym roku podatkowym będą dalej uprawnieni do opodatkowania kartą podatkową, to ta właśnie forma opodatkowania będzie zazwyczaj najbardziej korzystna. W ramach tej formy opodatkowania naliczony

zostanie w miarę niski podatek. Dodatkowo, rozwiązanie to wiąże się także z niską składką na ubezpieczenie zdrowotne.

Co istotne, możliwość, że karta podatkowa będzie najkorzystniejszą formą opodatkowania dla wskazanych osób rośnie wraz ze wzrostem uzyskiwanych przez te osoby przychodów. Istotną bowiem zaletą karty podatkowej jest to, że wraz ze wzrostem przychodów nie wzrasta wysokość podatku.

W przypadku braku możliwości skorzystania w 2022 roku z opodatkowania w formie karty podatkowej, pozostaje najczęściej wybór spośród trzech innych form opodatkowania.

Opodatkowanie na zasadach ogólnych według skali podatkowej

Jedną z zalet wskazanej formy opodatkowania jest wysokość kwoty wolnej od podatku wynoszącej 30.000 zł, możliwość skorzystania z tzw. ulgi dla klasy średniej, jak również możliwość wspólnego rozliczenia się z małżonkiem, a także możliwość skorzystania z istotnie wyższej niż w przypadku pozostałych form opodatkowania wysokości ulg i odliczeń. Wadami skali podatkowej jest jednak konieczność opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne według stawki w wysokości 9% uzyskiwanego dochodu oraz konieczność stosowania stawki 32% do dochodu przekraczającego kwotę 120.000 zł.

Opodatkowanie w formie podatku liniowego

Istotnymi zaletami wskazanej formy opodatkowania jest stała stawka podatku w wysokości 19% (niezależnie od wysokości dochodu) i – porównując do opodatkowania na zasadach ogólnych według skali

podatkowej – istotnie niższa składka zdrowotna liczona od dochodu, według stawki 4,9%. Wady tej formy opodatkowania przejawiają się jednak w braku kwoty wolnej od podatku. Brak jest także możliwości korzystania z ulgi dla klasy średniej oraz możliwości wspólnego rozliczenia się z małżonkiem, a także nie ma możliwości korzystania z większości ulg i odliczeń.

Opodatkowanie w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych

Główną zaletą wskazanej formy opodatkowania jest najniższa stawka podatku z powyższych wynosząca 14%, z zastrzeżeniem przypadku techników dentystrycznych, która powinna być naliczana w wysokości jeszcze niższej przy uwzględnieniu ewentualnego możliwego sporu na tym tle. Najważniejszą jednak wadą jest brak możliwości rozpoznawania kosztów uzyskania przychodów (co jest dopuszczalne w przypadku dwóch pierwszych spośród wskazanych form opodatkowania). W przypadku natomiast formy opodatkowania w postaci ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczana jest w sposób zryczałtowany i zależy od wysokości przychodów. Stąd, wymaga każdorazowego rozważenia co do opłacalności tej formy opodatkowania w danym przypadku.

Kończąc zaznaczyć trzeba, że nie ma możliwości abstrakcyjnego wskazania jednej i najkorzystniejszej formy opodatkowania dla osób świadczących usługi zdrowotne. Każdy przypadek wymaga indywidualnego zbadania oraz podejścia. Wskazana jest konsultacja z doradcą podatkowym, względnie osobą prowadzącą księgowość firmy.

Od rozbiórki do inwestycji

W tarnowskim Szpitalu Specjalistycznym im.E. Szczeklika trwają prace rozbiórkowe nieużytkowanego od dłuższego czasu budynku technicznego. Na jego miejscu powstać ma budynek administracyjno-techniczny o trzech kondygnacjach i o łącznej powierzchni użytkowej ponad 660 m kw. Aktualnie Dział Techniczny szpitala zlokalizowany jest w XIX-wiecznym budynku dawnego „Szpitala Żydowskiego” i funkcjonuje w trudnych warunkach lokalowych.

W Szpitalu im. E Szczeklika zaplanowano także inne prace, które

mają być wykonane w 2022 roku. Należy do nich przebudowa wjazdu na teren szpitala od ul. Szpitalnej oraz budowa dróg wewnętrznych wokół nowopowstałego budynku wraz z zagospodarowaniem terenów zielonych. Będą także prace dotyczące infrastruktury – m.in. rozbudowa wewnętrznej instalacji kanalizacji sanitarnej, elektrycznej, teletechnicznej oraz centralnego ogrzewania. Wybudowany zostanie również podziemny zbiornik retencyjny na wody opadowe. Wartość prac szacuje się na ok. 4,5 mln zł.

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

Ś.P.

lek. dent. Ewy Śpiewak

Rodzinie oraz Bliskim
składamy wyrazy szczerego współczucia

*Okręgowa Rada Lekarska w Tarnowie
oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Tarnowie*

Z żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

Ś.P.

Dr n. med. Andrzeja Radziszewskiego

Rodzinie oraz Bliskim składamy najszczerze kondolencje
i wyrazy głębokiego współczucia.

*Kierownictwo i Pracownicy
NZOZ Diagmed J. Bajorek N. Kopeć*

Wyrazy szczerego współczucia i żalu
dla Pani **Dr Marty Sójki - Dudzik**

z powodu śmierci **MAMY**

Rodzinie i Bliskim przekazujemy wyrazy współczucia.
Łącząc się w żalobie.

*Kierownictwo i Pracownicy
NZOZ Diagmed J. Bajorek N. Kopeć*

Diagnozowanie i leczenie pacjentów z HCV w dobie pandemii COVID-19

Zgodnie z aktualnymi szacunkami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie żyje około 71 milionów osób przewlekle zakażonych HCV. W Polsce, według danych Polskiej Grupy Ekspertów HCV, jest ich około 150 tysięcy. Niestety, zaledwie 20% z tych osób ma świadomość choroby. W naszym kraju od 2015 roku w terapii chorych z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C (pWZWC) mamy dostęp do schematów bezinterferonowych zawierających doustne leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym. Ich bardzo wysoka skuteczność, dobry profil bezpieczeństwa i prostota monitorowania terapii pozwalają na wyleczenie praktycznie każdego chorego niezależnie od stopnia zaawansowania choroby i schorzeń współistniejących. W 2016 roku WHO sformułowała plan wyeliminowania do 2030 roku HCV jako zagrożenia zdrowia publicznego. Celem było rozpoznanie 90% zakażeń i leczenie 80% zdiagnozowanych pacjentów. Przeszkodą w jego osiągnięciu jest w Polsce brak narodowego programu przesiewowego w kierunku zakażenia HCV, o który bezskutecznie zabiegają specjaliści chorób zakaźnych. W 2019 roku prognozy dotyczące realizacji planu założonego przez WHO zakładały konieczność testowania 2,5-3 milionów osób i leczenia 12 tysięcy chorych rocznie. Tymczasem my odnotowaliśmy w 2019 roku 3400 nowo wykrytych zakażeń HCV. Pandemia COVID-19 jeszcze pogorszyła sytuację. W 2020 roku

zarejestrowano mniej niż 1000 przypadków.

DUŻY ODSETEK NOWYCH PACJENTÓW Z MARSKOŚCIĄ WĄTROBY

Poza diagnostyką, w dobie pandemii, w związku z zaangażowaniem lekarzy chorób zakaźnych w leczenie pacjentów z COVID-19, ograniczeniu uległ też dostęp do terapii chorych z już wykrytym pWZWC. Dla pacjenta z HCV może to mieć poważne konsekwencje: skutkiem progresji choroby może być marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy.

Dane z wielośrodkowego badania Epiter-2, obejmującego ponad 13,500 chorych leczonych z powodu pWZWC w 22 polskich ośrodkach hepatologicznych w latach 2015-2020 wskazują, że pacjenci z marskością wątroby w ciągu ostatnich dwóch lat stanowią aż 18% ogółu leczonych. I są to chorzy ze świeżo wykrytym zakażeniem HCV, ponieważ pacjenci ze zdiagnozowaną wcześniej marskością wątroby pozostający od lat pod opieką medyczną, zostali poddani terapii bezinterferonowej w pierwszej kolejności.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że o ile leczenie zawierające doustne leki przeciwwirusowe jest bezpieczne i wysoce skuteczne również u chorych z marskością, to pacjent z zaawansowaną chorobą wątroby nawet po eradykacji HCV pozostaje w ryzyku dekompensacji czynności wątroby i rozwoju raka

wątrobowokomórkowego, a zatem wymaga monitorowania do końca życia.

MANIFESTACJE POZAWĄTROBOWE

Poza tymi najcięższymi powikłaniami, przewlekle zakażenie HCV może też skutkować licznymi objawami spoza wątroby. Występowanie tych tzw. manifestacji pozawątrobowych HCV spowodowane jest interakcjami wirusa z układem immunologicznym gospodarza oraz możliwością replikacji w narządach innych niż wątroba (gruczoły wydzielania wewnętrznego, szpik kostny, monocyty, makrofagi, węzły chłonne, śledziona, ośrodkowy układ nerwowy, skóra). W związku z tym zdarza się, że chory z pWZWC trafia początkowo do innego specjalisty niż lekarz chorób zakaźnych.

Najczęstszą manifestacją pozawątrobową HCV jest krioglobulinemia mieszana, która według danych z piśmiennictwa może występować nawet u kilkudziesięciu procent chorych z pWZWC. U ogromnej większości z nich obecność krioglobulin we krwi nie wiąże się z żadnymi objawami klinicznymi. Jedynie u kilku procent manifestuje się klinicznie, a najbardziej typowymi objawami są osłabienie, plamica naczyniowa i bóle stawów, tworzące tzw. triadę Melzera. Te objawy powodują, że pierwszym lekarzem, u którego szuka pomocy pacjent z pWZWC bywa reumatolog.

W przebiegu krioglobulinemii możliwe jest także wystąpienie polineuropatii obwodowej i glomeru-

lopatii, zatem chory z zakażeniem HCV może trafić do neurologa i nefrologa.

Pośród innych manifestacji hematologicznych o udokumentowanym związku z HCV wymienia się chłoniaki nieziarnicze z limfocytów B oraz małopłytkowość. W spektrum pozawątrobowych objawów HCV znajdują się też patologie endokrynologiczne, spośród których najczęstszą jest autoimmunologiczne zapalenie tarczycy.

Chory z pWZWC może też wymagać pomocy lekarza dermatologa, jako że manifestacje skórne są często pierwszym widocznym objawem klinicznym choroby, a częstość ich występowania, według różnych doniesień, wynosi 5-23%. Do zespołów skórnych związanych z zakażeniem HCV należą plamica naczyniowa, liszaj płaski, łuszczyca, rumień guzowaty i wielopostaciowy, a także porfiria skórna późna.

Rozpoznanie zakażenia HCV u pacjentów z manifestacjami pozawątrobowymi pozwala na wdrożenie terapii przyczynowej. Skuteczne leczenie przeciwwirusowe daje szansę nie tylko na poprawę stanu i czynności wątroby, ale również na ustąpienie zmian patologicznych w innych narządach i układach.

Wiedza o manifestacjach pozawątrobowych wśród lekarzy innych specjalności jest więc niezmiernie ważna, aby chorzy byli szybko kierowani na badanie w kierunku zakażenia HCV, a następnie do ośrodka kwalifikującego i prowadzącego leczenie przeciwwirusowe. Zaniechanie takiego działania może mieć poważne konsekwencje.

Szczególnie utkwiła mi w pamięci chora, u której nieznacznie podwyższona aktywność ALT, choć obserwowana latami, nie uruchomiła diagnostyki hepatologicznej. Dopiero wystąpienie manifestacji poza-

wątrobowych, takich jak objawowa krioglobulinemia z plamicą naczyniową i glomerulopatią z zespołem nerczycowym i niewydolnością stało się powodem oznaczenia przeciwciał antiHCV. Przewlekłe WZWC zostało u tej chorej rozpoznane na etapie zaawansowanego włóknienia, a leczenie interferonem z rybawiryną przerwano z powodu poważnych powikłań. Dopiero włączona po latach terapia bezinterferonowa zakończyła się eradykacją wirusa.


Dr hab. n. med.

*Dorota Zarębska-Michaluk,
Klinika Chorób Zakaźnych,
Wojewódzki Szpital Zespolony
w Kielcach*


Artykuł przygotowany we
współpracy z Gilead Sciences
Poland Sp. z o.o.
PL-UNB-0118
Data przygotowania: 01.2022

Objawy i wyniki badań, które powinny skłonić lekarza POZ lub innej specjalności do skierowania pacjenta na test w kierunku HCV

Manifestacje wątrobowe:

- o **podwyższone aktywności aminotransferaz** (mogą być wczesnym sygnałem, ale należy pamiętać, że ponad połowa osób zakażonych ma prawidłowe wartości), 
- o **żółtaczkę i hiperbilirubinemia** (pojawia się dopiero w zaawansowanej chorobie wątroby),
- o **wodobrzusze** (pojawia się dopiero w zaawansowanej chorobie wątroby).

Manifestacje pozawątrobowe:

- o **przewlekłe lub nawracające osłabienie**,
 - o **bóle stawów**,
 - o **polineuropatia obwodowa**,
 - o **glomerulopatia**,
 - o **chłoniak nieziarniczy z limfocytów B**,
 - o **małopłytkowość**,
 - o **autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy**,
 - o **cukrzyca typu 2**,
 - o **plamica naczyniowa**,
 - o **liszaj płaski**,
 - o **łuszczyca**,
 - o **rumień guzowaty**,
 - o **rumień wielopostaciowy**,
 - o **porfiria skórna późna**.
- 

Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zabieg usunięcia guza mózgu u przytomnego pacjenta

W dniu 30. listopada 2021r. neurochirurdzy z Kliniki Neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza w Tarnowie przeprowadzili niecodzienną operację usunięcia guza mózgu. Zabieg wykonany został innowacyjną metodą. Zespół kierowany przez dr Marcina Czternastka rozmawiając z pacjentem, usunął u niego guza mózgu. Kraniotomia wybudzeniowa to bardzo rzadko wykonywana technika operacyjna, która pozwala na zmniejszenie ryzyka uszkodzenia istotnych dla funkcjonowania obszarów w mózgu.

Takie operacje ze śródoperacyjnym wybudzeniem, to nowa metoda stosowana przez neurochirurgów w walce z guzami mózgu. Często tego typu operacje są bardzo skomplikowanymi procedurami, ponieważ wygląd zewnętrzny takiego guza nie odróżnia się od mózgu, a granica nowotworu jest rozmyta. Co gorsza, lubią umiejscawiać się w pobliżu tzw. obszarów elokwentnych czyli obszarów odpowiedzialnych za ważne funkcje, jak:



ruch, koordynacja ruchowa, mowa, liczenie, czytanie, pisanie, pamięć i inne funkcje poznawcze.

W obrębie lewej półkuli mózgu znajdują się ośrodki związane z mówieniem: w dużym uproszczeniu składają się one z obszarów odpowiedzialnych m.in. za poruszanie językiem i wargami podczas mówienia. W przypadku guzów zlokalizowanych

w tej okolicy istnieje ryzyko, że w trakcie ich usuwania nastąpi uszkodzenie elementów neurologicznych. Przez to, że guz jest położony w obszarze elokwentnym, bywa trudny do usunięcia bez uszkodzenia ważnych życiowych ośrodków. Zanim więc neurochirurdzy rozpoczną usuwanie zmiany, muszą dokładnie określić granicę guza oraz miejsce elokwentne.

Pomimo tego, że operujący neurochirurg doskonale zna anatomię i może wskazać na obrazie tomografii czy rezonansu poszczególne struktury, w praktyce może to wyglądać jednak zupełnie inaczej. W miejscu gdzie powinien być np. ośrodek kierujący rozumieniem mowy w praktyce jest zupełnie coś innego. Tak więc umieszczenie takich ośrodków jest sprawą indywidualną wśród zdrowych ludzi, a u chorych opisane ośrodki są jeszcze przemieszczane przez procesy patologiczne. W związku z tym pojawił się pomysł na operacje z wybudzeniem. Celem tego typu operacji jest zaoszczędzenie



dzenie funkcji neurologicznych szczególnie ważnych dla chorego, np. orientacji przestrzennej dla architekta, liczenia dla księgowego, czy zdolności porozumiewania się dla urzędnika oraz umożliwienie powrotu nie tylko do środowiska domowego, ale i do pracy.

Pierwszą taką operację tarnowscy neurochirurdzy wykonali u 27-letniego mężczyzny u którego zdiagnozowano guza mózgu umiejscowionego w okolicy ośrodków mowy i czynności ruchowych prawych kończyn. Akceptację i nadzór nad przeprowadzoną operacją objął ordynator Kliniki Neurochirurgii prof. Andrzej Maciejczak i dyrektor medyczny szpitala dr Piotr Skrobisz.

Zespół kierowany przez neurochirurga Marcina Czternastka, w skład którego wchodził: anestezjolog lek. Marzena Pietras, lek. Aleksandra Dyrek, mgr Urszula Kosowska - Chorzępa, instrumentariuszki Agata Kluzik, Katarzyna Madej, oraz Elżbieta Zawisłak starannie przygotowywał się do zabiegu.

Operacje tego typu są dużym wyzwaniem zarówno medycznym, jak i organizacyjnym. Wymagają dokładnego przygotowania chorego i są możliwe do wykonania dzięki współpracy zespołu specjalistów. Do zabiegu anestezjolog musi przygotować odpowiednie znieczulenie, gdyż powłoki czaszki są bardzo dobrze unerwione i wrażliwe na ból. Wówczas neurochirurdzy otwierają czaszkę pacjenta czyli wykonują tzw. kraniotomię. Po fazie otwierania jamy czaszki, przy pełnym kontakcie słownym z pacjentem, rozpoczyna się mapowanie kory mózgu przy pomocy stymulacji elektrycznej. Obserwuje się reakcję pacjenta, które mogą być bardzo różnorodne: od mimowolnych ruchów, przez niemożliwość mówienia i różne

zaburzenia rozumienia mowy, do zaburzeń czucia. Mówiąc obrazowo neurochirurdzy „podrażniają” mózg – i obserwują reakcję u pacjenta. Jeżeli przy stymulacji danego miejsca następuje zaburzenie, wiadomo jest, że to miejsce elokwentne. Po stworzeniu takiej „mapy”, neurochirurdzy wyznaczają bezpieczny tor dościa do guza i usunięcia go z ograniczonym do minimum ryzykiem deficytów neurologicznych. Co ciekawe nowotwór usuwany jest wtedy, kiedy pacjent jest przytomny. Taka możliwość istnieje z tego względu, że sam mózg nie jest unerwiony, jeśli chodzi o odczuwanie bólowe

i czuciowe. Trudność takiej operacji wynika również z konieczności uzyskania optymalnej współpracy ze strony pacjenta. Musi on w trakcie mocno nietypowej dla siebie sytuacji pozostać spokojny i prowadzić rozmowę z zespołem operacyjnym.

Przeprowadzona operacja przebiegła bez komplikacji i po sześciu dniach pacjent został wypisany do domu bez deficytów neurologicznych. Tym zabiegiem Klinika Neurochirurgii w Tarnowie dołączyła do nielicznej grupy ośrodków operujących tą metodą.

lek. Marcin Czternastek

Onkologiczne plany w Bochni

Do zespołu lekarzy Szpitala Powiatowego w Bochni dołączył prof. dr hab. med. Piotr Skotnicki, chirurg onkolog. Bocheński szpital planuje uruchomienie pododdziału chirurgii onkologicznej dla pacjentów z rakiem piersi, nowotworami skóry, jelita grubego oraz tkanek miękkich.

Prof. Piotr Skotnicki objął w styczniu br. stanowisko zastępcy lekarza kierującego bocheńską chirurgią, przyjmować będzie także w Poradni Onkologicznej. Zapowiada wdrożenie pełnego zespołu zabiegów związanych z rakiem piersi – m.in. zabiegów oszczędzających, rekonstrukcji piersi oraz procedurę biopsji węzła wartowniczego. Kolejny segment to leczenie nowotworów skóry łącznie z czerlakiem. - W planach mam też rozwinięcie leczenia raka jelita grubego z zabiegami małoinwazyjnymi- laparoskopowymi – zapowiada profesor.

Planuje także wprowadzenie zabiegów wielodyscyplinarnych u pacjentów z nowotworami tkanek miękkich i kości przy wykorzystaniu

lekarskiego zaplecza ortopedycznego bocheńskiej lecznicy.

- Nowotwory to obecnie najczęstsza przyczyna zgonów. Bardzo ważne jest stworzenie zaplecza diagnostycznego i zabiegowego w tym kierunku. Odpowiedni sprzęt mamy, teraz wzmocniliśmy zaplecze lekarskie – powiedział Jarosław Kycia, dyrektor bocheńskiego szpitala. Pododdział chirurgii onkologicznej będzie również wsparciem dla powstającego w Bochni zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz hospicjum.

Prof. Piotr Skotnicki ukończył studia w 1993 roku na Uniwersytecie Jagiellońskim. Związany był z Centrum Onkologii im. M. Curie-Skłodowskiej w Krakowie, był także ordynatorem oddziału zabiegowo-chirurgicznego w krakowskim Szpitalu św. Rafała. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego oraz European Society for Therapeutic Radiology and Oncology.

O „papierowej pracy” lekarzy

Jesienią br. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki pierwszego w Polsce badania efektywności wykorzystania czasu wizyt u lekarzy, przeznaczanego na pomoc stricte lekarską. Badano też, ile czasu wizyty pochłaniają czysto administracyjne zajęcia, które za lekarza mógłby wykonywać kto inny.

Ustalenia kontroli wskazały, że blisko jedną trzecią czasu porady zajmuje lekarzom prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wykonywanie czynności administracyjnych. Jeszcze gorzej wygląda bilans minutowy teleporady lekarskiej - na samo świadczenie medyczne pozostaje tylko 57 proc. czasu, albo mniej...

MNIEJ PRZEPISÓW, WIĘCEJ ASYSTENTÓW?

Zadania administracyjne w służbie zdrowia wprowadza się często za pomocą aktów prawnych nie dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako takiego (przykładem jest np. nałożenie na lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obowiązku wystawiania zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego, że stan zdrowia osoby, która udzieliła pełnomocnictwa do odbioru przesyłek pocztowych w placówce pocztowej, uniemożliwia jej lub utrudnia osobiste odebranie pisma!). Co wymagałoby dokonania przez Ministra Zdrowia analizy obowiązujących uregulowań prawnych, pod kątem ograniczenia czasochłonności czynności administracyjnych w placówkach leczniczych.

Istotną przyczyną znacznego obciążenia personelu medycznego czynnościami administracyjnymi jest również to, że kierujący placówkami podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie zapewnili

pełnego wykorzystania dostępnych narzędzi - zwłaszcza informatycznych - wspierających pracę personelu medycznego w wykonywaniu czynności administracyjnych. W ogromnej większości (86 proc.) skontrolowanych podmiotów nie wykorzystano np. możliwości odciążenia lekarzy poprzez nadanie asystentom medycznym uprawnień do wystawiania e-zwolnień, e-recept i e-skierowań. Nie korzystano również z możliwości zlecenia pielęgniarkom i położnym - w ramach posiadanych przez nie kwalifikacji - samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów.

PLACÓWKI BEZ ADMINISTRACJI

Sekretarki medyczne, rejestratorki i statystycy medyczni, mający w założeniu wspierać personel medyczny w pracy administracyjnej, zatrudniani byli w bardzo ograniczonym wymiarze. W skontrolowanych przez NIK placówkach rejestratorki medyczne stanowiły zaledwie 6 procent zatrudnionych, sekretarki medyczne - 0,4 procent, a statystycy medyczni jeszcze mniej (0,3 proc.). Blisko jedna dziesiąta skontrolowanych placówek nie zatrudniała w ogóle rejestratorek, sekretarek medycznych - 68 procent, a statystyków - ponad 70 procent placówek. Efektem było obciążenie personelu medycznego wykonywaniem czynności administracyjnych - także sprawozdawczością oraz rejestracją pacjentów. W niemal wszystkich (91 proc.) skontrolowanych placówkach

ochrony zdrowia personelowi medycznemu - zwłaszcza pielęgniarkom, ale i lekarzom - powierzano także obowiązki administracyjne polegające na sporządzaniu sprawozdań statystycznych czy dokumentów dotyczących realizacji umów o udzielenie świadczeń zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ocenie NIK ograniczało to możliwość sprawnego i efektywnego świadczenia pomocy medycznej i było oznaką niewłaściwego zarządzania personelem w placówkach ochrony zdrowia.

NIE DOŚĆ ELEKTRONIKI

Ponadto, wg NIK podmioty medyczne miały do dyspozycji systemy informatyczne, których możliwości nie były należycie wykorzystywane. Nie zintegrowano ich np. z systemami do obsługi diagnostyki laboratoryjnej (było tak w blisko 60 procent skontrolowanych placówek) oraz do diagnostyki obrazowej (w ponad 80 proc. placówek medycznych brak korelacji systemów). Systemy te nie były również bezpośrednio zasilane wynikami badań. W ponad 20 proc. placówek ochrony zdrowia nie zapewniono także przepływu danych pomiędzy poszczególnymi oddziałami, filiami, przychodniami czy laboratoriami - co ograniczało możliwość sprawnego uzyskiwania danych medycznych koniecznych do podejmowania decyzji w ambulatoryjnym leczeniu pacjentów.

W większości skontrolowanych podmiotów nie spełniono wszystkich wymagań lub warunków organizacyjno-technicznych do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Między innymi z powodu nieufności (być może uzasadnionej?) wobec na-

rzędzi informatycznych, ale także z braku mobilnych urządzeń do ewidencji danych medycznych lub braku niezbędnych modułów w użytkowanych systemach informatycznych.

W połowie skontrolowanych placówek nie prowadzono elektronicznej rejestracji wizyty, zaś w ponad 40 proc. brakowało oprogramowania umożliwiającego np. wysyłkę powiadomień pacjentom i aktualizację statusu wizyty w formie sms lub e-mail. Stwierdzono też, że w ponad jednej piątej placówek odpowiednie narzędzia i moduły systemowe były, ale ich nie wykorzystywano, przez co praca personelu medycznego ambulatoriów nie została usprawniona.

PORZUCIĆ PAPIERY?

Dokumentacja medyczna prowadzona była często w formie papierowej, co oceniono jako praktyką czasochłonną, utrudniającą dostęp do danych. Wiele placówek prowadziło dokumentację hybrydowo (na papierze i w formie elektronicznej) – co uznano za praktykę obciążoną „ryzykiem niespójności i niejednorodności dokumentów”. Do systemu informatycznego wprowadzane były przede wszystkim dane potrzebne do rozliczeń z NFZ.

NIK przeprowadziła również w ramach kontroli ankiety wśród personelu medycznego. Według uzyskanych tą drogą opinii, systemy informatyczne wykorzystywane przy udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych były pomocne. Większość personelu (89 proc.) została przeszkolona w obsłudze tych systemów, a ponad 60 proc. ankietowanych obsługiwało je samodzielnie.

Z badań NIK wynika, że zastosowanie cyfryzacji oznacza jednak znacznie niższą czasochłonność pracy administracyjnej. Np. czas

wystawiania skierowania papierowego na diagnostykę obrazową trwa przeciętnie o 33 proc. dłużej niż e-skierowania. Wystawienie skierowania do szpitala drogą elektroniczną oszczędza ponad 40 proc. czasu lekarza.

W okresach epidemii COVID-19 w 7 spośród 22 skontrolowanych placówek stwierdzono przypadki czasowego ograniczenia dostępności świadczeń medycznych np. zawieszenie działalności niektórych poradni i niezgodności udzielania świadczeń z przyjętym harmonogramem. W 14 proc. podmiotów okresowo ograniczono działalność tylko do świadczeń ratujących życie i zabiegów w trybie pilnym. Zmiany te były efektem zaleceń NFZ w zakresie zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania epidemii koronawirusa. Teleporady - jako nowe formy świadczenia pomocy medycznej

- stanowiły w pierwszej połowie 2020 roku jedną czwartą wszystkich udzielonych porad lekarskich.

W wyniku kontroli NIK skierowała do Ministra Zdrowia wnioski o przeanalizowanie zakresu obowiązków administracyjnych personelu medycznego i ograniczenie ich do niezbędnego minimum oraz o przyspieszenie procesu informatyzacji i automatyzacji obiegu informacji w systemie ochrony zdrowia. Do kierowników podmiotów leczniczych wnioskowano o pełne wykorzystanie możliwości narzędzi informatycznych i wdrożenie odpowiednich rozwiązań wspierających pracę personelu medycznego, a także o wprowadzenie jednolitych zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej oraz wyeliminowanie nieefektywnych praktyk tworzenia tego samego dokumentu w postaci papierowej.

Pierwsi wśród dzieci

Podobno pierwszymi dziećmi urodzonymi w Polsce w roku 2022 byli urodzony w Centrum Zdrowia w Mikołowie Leoś i urodzony w krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im Stefana Żeromskiego Piotruś.

Leoś urodził się w noc sylwestrową minutę po północy, Piotruś dwie minuty po północy. Biorąc pod uwagę, że Piotruś miał przyjść na świat dopiero 7 stycznia, trudno właściwie ocenić, kto pospieszył się bardziej...

W naszym regionie narodziny pierwszych dzieci w nowym roku odnotowały szpitale w Bochni i Brzesku. W Bochni była to dziewczynka, Kornelka, która urodziła 1 stycznia o 5.15. Dziewczynka urodziła się jako wcześniak, w 37 tygodniu ciąży, ważyła 2620 gr i ma dwoje starszego rodzeństwa –

sześcioletnią siostrę i dwuletniego braciszka. Cała trójka dzieci państwa Strugałów z Lipnicy Dolnej przysłała na świat w bocheńskim szpitalu.

Natomiast w brzeskim szpitalu pierwszym noworodkiem w 2022 roku był chłopiec, Jakub Aleksander z Poręby Spytkowskiej. Przyszedł na świat 2 stycznia o godz. 10.10.

Szpital w Bochni w grudniu 2021 roku rozpoczął akcję szczepień dzieci przeciw COVID-19, i przy tej okazji odnotowano także pierwszych zaszczepionych w placówce kilkulatków. Pionierem był siedmioletni Adaś, syn Beaty Abrowskiej, koordynatorki szczepień w bocheńskim szpitalu. Wśród kolejnych zaszczepionych dzieci znalazły się dwie dziewczynki, sześcioletnia Anastazja i dziewięcioletnia Lidka.

Endoprotezy – wciąż daleko od zaleceń

Pacjenci skierowani na endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego nieco krócej niż dawniej czekają na zabieg, wciąż jednak daleko jest do osiągnięcia wskaźników zalecanych przez ekspertów – stwierdziła Najwyższa Izba Kontroli.

Rekomendowany czas oczekiwania na zabieg to 3-6 miesięcy. W roku 2019 pacjenci czekali natomiast do 18 miesięcy na wszczęcie stawu biodrowego i nawet 22 miesiące na wszczęcie w stawie kolanowym. W latach 2018 -2020 całkowity czas leczenia większości pacjentów znacznie też przekraczał czas jednego roku (jak rekomendowano). Pandemia COVID 19 wpłynęła na zmniejszenie liczby zgłaszających się pacjentów, co czasem skutkowało przyspieszeniem leczenia. Problem jednak narasta i – w ocenie NIK - wymaga interwencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Zabiegi, których z powodu pandemii nie wykonano, będą kumulować się w kolejnych latach.

Zwyrodnienie stawów zostało uznane przez WHO za chorobę cywilizacyjną. Szacuje się, że co trzeci

z seniorów będzie wymagał przeprowadzenia zabiegu wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego. W Polsce systematycznie wzrasta liczba zrealizowanych endoprotezoplastyk. W 2018 roku w całym kraju wykonano 56 983 endoprotezoplastyk stawu biodrowego oraz 29 950 endoprotezoplastyk stawu kolanowego.

Chirurgiczne wszczęcie endoprotezy wymaga natychmiastowego wdrożenia programu usprawniającego. Prawidłowo przeprowadzona rehabilitacja po zabiegu jest niezbędna do odzyskania sprawności. Zgodnie z zaleceniami specjalistów, pacjent tuż po wypisaniu z oddziału zabiegowego powinien udać się na rehabilitację stacjonarną. Rehabilitacja ambulatoryjna, ze względu na długotrwałość i uciążliwość (np. dojazdy), jest rozwiązaniem dopusz-

czalnym, ale często i niewygodnym, i nie dość skutecznym.

Dlatego niezbędne są programy zintegrowanej opieki okołoperacyjnej dla dorosłych po endoprotezoplastyce. Programy te łączą w sobie przygotowanie przedoperacyjne, śródoperacyjne metody opieki oraz opiekę pooperacyjną- od lekarzy anestezjologów po fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych. W badaniach wykazano, że zintegrowany program opieki skracza długość pobytu w szpitalu, obniża częstość powikłań, a także przyczynia się do poprawy funkcji stawów w okresie pooperacyjnym. Ważnym argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem jest również fakt, że najliczniejszą grupą pacjentów, u których wykonuje się te zabiegi, są osoby w wieku 50-69 lat, często wciąż czynne zawodowo.

NIK już w 2004 roku przeprowadziła kontrolę realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie wszczęcia endoprotez stawu biodrowego. Ówczesny system zdrowotny nie zapewniał oszczędnego i efektywnego wydatkowania środków publicznych na zabiegi i nie zawierał instrumentów sprzyjających trwałemu powrotowi pacjentów do zdrowia. Oczekiwanie na zabiegi sięgały od kilku miesięcy do nawet trzech lat.

Obecnie NIK sprawdziła, czy skuteczne były działania podejmowane w celu poprawy dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki, zapewnienia ich jakości oraz rehabilitacji. Kontrola objęła działalność centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz sześciu oddziałów terenowych, a także 11 szpitali na terenie sześciu województw.

Pomimo działań NFZ, do 2019 roku zarówno liczba oczekujących na

Spacerowa terapia

W Kanadzie opracowano specjalny program, w ramach którego lekarze mogą przepisywać chorym terapię w formie... spacerów na łonie natury. Zgłoszony do programu pacjent na podstawie specjalnej recepty otrzymuje... darmowe wejściówki do kanadyjskich parków narodowych. Od 2020 roku recepty takie wystawiano m.in. w czasie pandemii pracownikom służby zdrowia.

Program opracowała organizacja charytatywna BC Parks wraz z grupą lekarzy z Kolumbii Brytyjskiej. Stopniowo do programu przystępowały kolejne grupy lekarzy i organizacje

społeczne – w 2021 roku „spacerowe” wejściówki do parków wystawiano już w Kolumbii Brytyjskiej, Ontario, Manitobie i Saskatchewan. Docelowo mają być wprowadzone w całej Kanadzie.

Program PaRx uczy też, jak należy spacerować. Powinno się na to poświęcać co najmniej ok. dwie godziny tygodniowo, 20-30 minut dziennie, m.in. dlatego, że poziom kortyzolu - hormonu stresu - spada właśnie po około 20 minutach relaksującej terapii. Program darmowych wejściówek ma swój wymiar finansowy, bo wejściówka do parku narodowego w Kanadzie to koszt ok. 70 dolarów.

zabiegi, jak i czas oczekiwania zmniejszyły się nieznacznie – od 13 do 2 proc. W roku 2020 nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania do prawie 16 miesięcy na endoprotezoplastykę biodra i ok. 12 miesięcy w przypadku stawu kolanowego. Nie stało się tak jednak w wyniku działań NFZ, lecz z powodu pandemii COVID-19 i spadku liczby zgłaszających się pacjentów. Ponadto panująca od marca 2020 roku epidemia COVID-19 spowodowała czasowe wstrzymanie zabiegów planowanych, co wydłużyło czas oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki. Zmieniał się status części szpitali wykonujących te zabiegi, znacznie ograniczone zostały przyjęcia pacjentów. W wyniku tych zjawisk w kolejnych latach należy oczekiwać kumulacji odroczonej i bieżących zabiegów, której rozmiar i skutki trudno przewidzieć.

NIK zwrócił też uwagę na brak możliwości oceny przez NFZ, na ile poprawiła się jakość zabiegów endoprotezoplastyki. Prowadzone przez Fundusz analizy danych, gromadzonych w Centralnej Bazie Endoprotezoplastyk, były wykorzystywane przede wszystkim do dokonywania rozliczeń. Nie dotyczyły jakości udzielanych świadczeń, Baza nie była więc w pełni funkcjonalna - nie umożliwiała np. oceny jakości wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki w kontekście jakości używanych implantów oraz stosowanych procedur. Nie przyczyniła się też do analizy danych o powikłaniach oraz zabiegach rewizyjnych, które mają istotny wpływ na określenie jakości i efektywności wykonanych zabiegów. Analizy danych oraz wnioski nie były przekazywane ośrodkom wykonującym te zabiegi ani środowisku lekarskiemu.

W latach 2018-2019 zwiększyła się nieco dostępność rehabilitacji w warunkach stacjonarnych. Czas oczekiwania na rehabilitację, choć

krótszy, w 2019 roku wynosił niemal 15 miesięcy. Potem dostępność do rehabilitacji na oddziale dziennym pogorszyła się. Skontrolowane podmioty nie przywiązywały należytej wagi do zapewnienia pacjentom rehabilitacji leczniczej po wypisie ze szpitala, ich działania ograniczały się do wystawienia skierowania na takie świadczenie. Pacjenci po zabiegach musieli oczekiwać na te świadczenia na zasadach ogólnych,

czyli wpisywać się na listy oczekujących jako nowi pacjenci, a nie kontynuujący leczenie. W efekcie nie korzystali z rehabilitacji w zalecanym terminie (od sześciu tygodni do trzech miesięcy) po wykonaniu endoprotezoplastyki. Dlatego NIK rekomenduje podjęcie działań przez resort zdrowia w celu zakwalifikowania kompleksowej, koordynowanej opieki dla endoprotezoplastyki jako świadczeń gwarantowanych.

Rezydenckie wybory i wakaty

Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia, po ostatnim (jesienią 2021 roku) naborze na rezydentury lekarskie pozostało prawie dwa tysiące wakatów. Ze wskazanych 5562 miejsc na szkolenie w trybie rezydenckim obsadzono 3575. Na 1987 miejsc...nie było chętnych. Młodzi lekarze nie byli zainteresowani określonymi specjalnościami medycznymi.

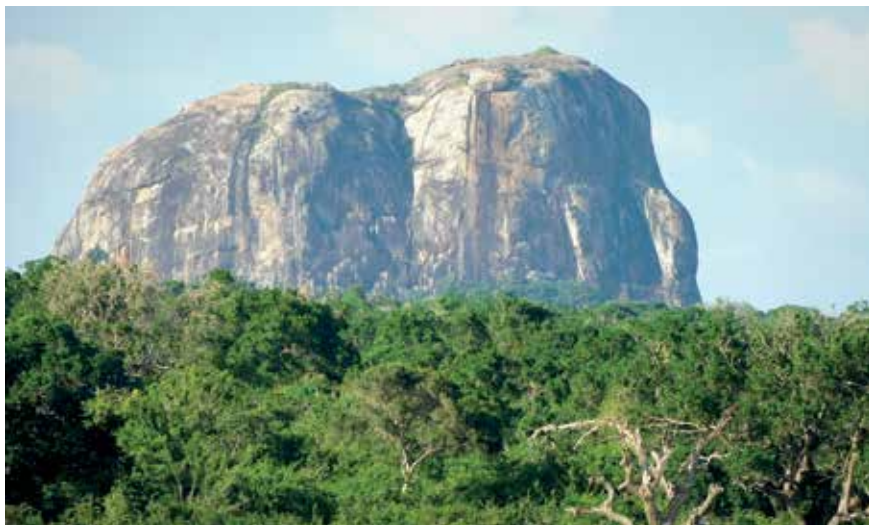
Najwięcej wakatów pozostało w dziedzinie medycyny ratunkowej (240), nie cieszyła się też zainteresowaniem interna (ponad dwieście wolnych miejsc), ponadto chirurgia ogólna (120 wakatów), choroby zakaźne (112) oraz onkologia kliniczna (108). Jako przyczyny, dla których młodzi lekarze niechętnie się decydują na określone specjalizacje, najczęściej wymienia się nadmierne obciążenie pracą w godzinach niestandardowych, zbyt częste wykonywanie zawodu kosztem życia osobistego oraz warunki leczenia, jakie wymusiła pandemia. W przypadku medycyny ratunkowej lekarze wskazują nienormalnie długie dyżury i wysoką stresogenność pracy, wynikającą z sytuacji na przepełnionych pacjentami SOR-ach, z licznych pretensji pacjentów itd. W dodatku

praca wymaga wiedzy z różnych dziedzin, nie pozwala na ograniczenie się do wąskiej specjalizacji, i jest obciążona dużą odpowiedzialnością.

W przypadku chirurgii ogólnej mówi się o „pozwożenności” tej dziedziny, a także o związanej z nią odpowiedzialności i pracy pod presją. Na oddziały chirurgii ogólnej trafiają często ostre przypadki, co wymaga szybkich decyzji i działania pod presją czasu, natomiast w węższych specjalizacjach chirurgicznych specjaliści zajmują się z reguły przypadkami planowymi – praca jest spokojniejsza, a satysfakcja czasem większa. Jeśli chodzi o onkologię kliniczną, uważa się ją za specjalizację wymagającą wyjątkowej odporności psychicznej, ponieważ wielu chorych, także tych w młodym wieku, nie rokuje szans na wyleczenie. Internista z kolei uchodzi za specjalność, którą przy wszelkich niedoborach kadrowych „łata się dziury”.

Generalnie młodzi lekarze nie chcą pracować na 24-godzinnych dyżurach, w pośpiechu i pod presją. Podkreślają, że istotne są warunki pracy – np. nie podejmowanie decyzji w pośpiechu, dostęp do nowoczesnych technologii, a także – czas na życie poza pracą.

Gdy jesteś na safari



W języku suahili słowo safari oznaczało po prostu podróż, a z polowaniem na zwierzęta wiązało się tylko ze względu na konieczność zaopatrzenia w żywność po drodze. W kolonialnych czasach safari stało się określeniem rozrywki dla białych, polegającej na luksusowym obozowaniu na sawannie i strzelaniu do egzotycznych zwierząt – lwów, słoni, antylop, bawołów, nosorożców.

NIE TYLKO SŁONIE

O takich safari pisał Hemingway i wielu innych myśliwych, których zapał i bezmyślne okrucieństwo dziś raczej zdumiewa, niż imponuje.

„Podeszliśmy trzy słonie, spokojnie pasące się wśród drzew samce – relacjonował w swojej książce „Safari w Karamojo” Walter D.M. Bell, szkocki łowca przygód i kości słoniowej, który polował w Afryce na początku XX wieku. – Pierwszego zabijamy łatwym strzałem w mózg. Potem szybko walimy w łeb tego, który na odgłos strzału odwraca się ze zdziwieniem, i już następny pada na ziemię. Ale trzeci ucieka, my za nim... Nic bardziej nie cieszy, niż głuchy odgłos upadku cwałującego słonia, trafionego prosto w mózg...”

Dziś na szczęście słowo safari znowu zmieniło znaczenie. Używane jest na całym świecie jako określenie wycieczki w celu obserwacji i fotografowania zwierząt – bezkrwawych łowów, które mogą się odbywać nie tylko w Afryce. I choć nawet takie safari ma swoje wady – na przykład zbyt duży tłok samochodów i turystów w parkach narodowych – jest na pewno czymś, co warto przeżyć. Nawet, jeśli niewiele dziś ma wspólnego z obozowaniem w sawannie i samotnością wśród natury.

Przekonałam się o tym w Yala. To jeden z najbardziej znanych i odwiedzanych parków narodowych na Sri Lance. Nie mogłam nie zobaczyć tego miejsca pod czas podróży na Cejlon.

Safari w Yala, w które wyruszyłam wynajętym dżipem z okolic innego parku narodowego, Bundala, zaczęło się raczej mało egzotycznie – od dudka, który tuż za bramą szukał czegoś w rdzawym pyłe drogi. Dla Europejczyków to ptak znany, ale wszystkie wypełnione turystami dżipy sumiennie przystawały, by turyści mogli wykonać fotki, a przewodnicy z powagą objaśniali, że oto przed nami *common hoopoe* (ang. nazwą dudka). Chwilę potem, nad malowniczym jeziorem z widokiem na samotną skałę zwaną Kamiennym Słoniem, mój przewodnik wskazał na żerujące w trawie przy drodze zwierzątko i powiedział z tym samym namaszczeniem: – *Mamy tu też króliki.*

Zachowałam wyraz twarzy godny Kamiennego Słonia.

A JEDNAK SŁONIE...

Potem jednak safari w Yala zaczęło szybko nabierać egzotyki i rozmachu. Z sunącego piaszczystą drogą samochodu było na co patrzeć. Po wyspach trawy między jeziorami a morskim brzegiem spacerowały nakrapiane jelenie czitale i masywniejsze, szarobrązowe sambarry – te, na które polowały wilki z „Księgi dżungli” Kiplinga. W rozlewiskach po obu stronach drogi spacerowały na długich nogach kolorowe dławigady indyjskie i azjatyckie marabuty, czaple purpurowe, krwawodzioby i czerwono-nose czajki. Białe czapelki i czarne kormorany suszyły skrzydła na wystających z wody gałęziach, jakby specjalnie pozowały do zdjęć. Spokrewnione z łyskami, turkusowo-błękitno- czerwone modrzyki

oraz dziko żyjące na Sri Lance pawie konkurowały ze sobą intensywnością niebieskiej barwy i połysku upierzenia. Na niskich drzewach przysiadły kolorowe gołębie i żołą, a także wojownicy i rybożery – ptaki przypominające orły. W cieniu pod drzewami wypatrzyłam żerującą dziką świnię, a wędrującym wzdłuż drogi bawołom towarzyszyły małe czaple, żółtookie majny i barwne szpaki bramińskie. Tam, gdzie drzewa lub krzewy miały kwiaty, buszowały drobne nektarniki i szlarniki – złotozielone ptaszki także żywiące się nektarem. Nad drogą latały roje żółtych motyli i lankijskich jaskółek o ceglastoczerwonych brzuskach.

Oczywiście, wszyscy – a drogami Yala sunął sznur terenowych samochodów z turystami - szukali głównych atrakcji. W parku Yala są to słonie i lamparty. Po to przyjeżdżają tutaj turyści, więc przewodnik w każdym dżipie starał się doprowadzić swoich klientów do tych zwierząt.

Przewodnicy safari w kenijskich parkach narodowych, które zwiedzałam przed laty, uzbrojeni byli w silne lornetki i nieustannie wpatrywali się

w sawannę. Dziś czasy się zmieniły - przewodnicy w Yala nie muszą używać lornetek ani wypatrywać, mają przecież telefony komórkowe. Podczas jazdy po wyboistych drogach parku nieustannie konferowali w sieci z innymi przewodnikami i z centralnym biurem parku.

Turyści mają być zadowoleni, powinni więc zobaczyć słonie i lamparty - po to wydali od kilkudziesięciu do kilkuset euro za kilkugodzinną przejażdżkę po parku. Jeśli więc któryś z przewodników wypatrzy słonie albo lamparta, niezwłocznie zawiadamia centralę, która instruuje innych przewodników. W efekcie przy „głównych atrakcjach” zbiera się na wąskiej drodze tyle dżipów z turystami, ile jest akurat w parku. Slonie oglądaliśmy więc, stojąc w długim korku.

Nasze słonie okazały się dość głęboko ukryte w zaroślach. Stado samic z młodymi żerowało w zagajniku. Stłoczeni na drodze słyszeliśmy, jak posapują i łamią gałęzie. Atmosfera w korku na drodze była dość nerwowa, bo nikt nie wiedział, czy słonie zdecydują się wyjść z gęstwiny, w której nawet stado tak

dużych zwierząt mogło się skutecznie ukryć. Co jakiś czas niedaleko drogi ruszały się gałęzie i migał nam jakiś fragment słonia - wszyscy wychylali się z aut i przygotowywali aparaty, kamery albo komórki. Ale alarm okazywał się fałszywy. Slonie jadły dalej.

Są to jednak duże, społeczne zwierzęta, które stać na uprzejmość. W końcu kilka samic z młodymi wyszło z gęstwy i postanowiło przekroczyć drogę całkiem niedaleko mojego dżipa. Byłam im za to wdzięczna, bo gdyby zrobiły to w innym miejscu, nie miałabym okazji do zdjęć. Podczas safari tego typu turystom nie wolno wysiadać z samochodów.

Jeszcze tłoczniej było w miejscu, gdzie zauważono lamparta. Wielki kot – owszem, bardzo piękny – drzemał na konarze wysokiego drzewa. Miejsce drzemki było widoczne, ale dość odległe od drogi, którą w żółwym tempie posuwały się dwa sznury aut, blokując całą jej szerokość. Na tym odcinku drogi były dokładnie dwa miejsca, gdzie drzewa nie zasłaniały widoku na lamparta. Turyści w każdym z samochodów mieli najwyżej kilkadziesiąt sekund na zrobienie zdjęć. Byłam wśród szczęśliwców - udało mi się złapać parę ujęć, zanim mój dżip zmienił miejsce, ustępując pola następnemu w kolejce. Przyznam jednak, że byłabym szczęśliwsza, gdybym mogła wysiąść, znaleźć sobie spokojne miejsce w kolczastym buszu i stamtąd poobserwować lamparta. Nawet bez zdjęć.

SAFARI PIECHURA

Przed laty, na pierwszych safari w Kenii i Tanzanii, byłam zachwycona, że mogę patrzeć na zwierzęta z samochodu. Potem jednak zaczęłam to robić inaczej.



Jeszcze podczas pobytu w rezerwacie Masai Mara, w Kenii, udało nam w trzy osoby zwiać ze strzeżonego obozowiska. Ruszyliśmy spacerkiem przez sawannę ku niedalekiej kępie drzew. Byliśmy trochę rozczarowani, bo jedynymi zwierzętami, jakie udało nam się wypatrzeć wśród traw, były pasące się stadami perlice sępiogłowe, przypominające pawie bez ogonów.

Kiedy byliśmy o kilka metrów od zagajnika wysokich akacji, spora część zagajnika nagle ruszyła z kopyta i odbiegła z tętentem... Spłoszyliśmy żerujące wśród drzew stado żyraf, niemal do ostatniej chwili wcale ich nie widząc. Wrażenie było chyba mocniejsze, niż kiedy patrzyliśmy z samochodu na słonie i nosorożce.

W Suazi (dziś eSwatini), małym afrykańskim państewku, gdzie byłam dziesięć lub więcej lat potem, można było zamieszkać na terenie parku narodowego Mlilwane, i zwiedzać okolicę tak, jak się chciało – samochodem lub pieszo. Codziennie odbywałam tam więc jedno lub dwa safari. Na piechotę.

Park znajdował się na dawnych terenach myśliwskich króla Suazi, na pograniczu gór i sawanny. Poza krokodylami nie było tam większych drapieżników, ale nie brakowało antylop różnych odmian – od gnu i kudu po niale i impale. Były też zebry, guźce, małpy i wiele ptaków. Za najgroźniejsze zwierzęta uchodziły hipopotamy, które wieczorami wychodziły czasem z wody i lubiły spacerować w okolicach campingu. Ale, o ile mi wiadomo, nikomu z mieszkańców, spacerujących między restauracją nad jeziorem a dość luksusowymi domkami, nic się nie stało.

A wędrówka po okolicy dostarczała wspaniałych wrażeń. Chodziłam wśród traw, nad którymi unosiły



chmury ważek o pstrych skrzydłach. Przez drogę przechodziły spacerkiem złociste impale, za nimi ciągnęły stada gnu, zawsze w mgiełce podniesionego ciężkimi kopytami pyłu. W przydrożnych zaroślach pasły się guźce – dziwaczne świny żyjące w norach. Wyżej wiodły górskie ścieżki, na których można było spotkać krętorogie antylopy kudu, stadka zebra albo coraz rzadsze w Afryce blesboki. Większość odwiedzających Mlilwane robiło objazd terenówką po głównych trasach parku, ale nie zamieniłabym się z nimi. Przejazd samochodem nigdy nie zapewni takich wrażeń, jak siedzenie wśród stada niale i obserwowanie, jak antylopa karmi młode, a niedorosłe samce tuż obok ścierają się w pojedynkach na rogi.

Wędrując z boczem góry, znalazłam się kiedyś w sąsiedztwie stada pawianów górskich, które przemykały wśród trawy jak rozpędzone kule, a ich wartownik – młody samiec na pobliskim drzewie – wydawał ostrzegawcze okrzyki. Leżąc na brzegu jeziora i obserwując ibisy, zauważyłam nagle, że tuż pod mną, mniej niż metr pod wodą, leży na

dnie duży krokodyl – na szczęście chyba śpiący.

A już nic nie da się porównać ze świtem nad jeziorem, pod skarpą podziurawioną jak sito norkami czerwonych żołą. Tuż po wschodzie słońca te barwne ptaki wylatują z nor niemal wszystkie naraz, jaskrawą chmurą na chwilę zasłaniając niebo. Na drzewach przysiadają wokół czaple, ibisy, dzioborożce... Takie safari naprawdę lubię.

Safari w Yala na Sri Lance też miało jednak swoją premię. Wracaliśmy już o zmierzchu, przejeżdżając po drodze przez pobliski Park Bundala. Mój kierowca, trochę przewodnik-amator, zatrzymywał się chętnie przy stadach czapli, przy słonych jeziorach, odwiedzanych przez pelikany, a także przy przechodzących przez drogę żółwiach wodnych. Nad rozlewiskami świeciliśmy latarkami, by wypatrzeć krokodyle albo małe, nocne czaple. Z drogi podrywały się całe stada lelków – nocnych ptaków o szerokich „paszczach”. W którymś momencie jak wędrownie skały przez drogę przeszły słonie – ciche i czarne na tle nieba...ski

Jeden z najpiękniejszych opisów safari zostawił Ryszard Kapuściński, który w książce „Heban” tak pisał o Serengeti:

„Wszędzie, gdzie spojrzeć, olbrzymie stado zebra, antylop, bawołów, żyraf. Wszystko to pasie się, hasa bryka, cwałuje. Tuż przy drodze nieruchome lwy, trochę dalej – gromada słoni, a jeszcze dalej, na linii horyzontu, wielkimi susami pomykający lampart. Nieprawdopodobne to wszystko. Niewiarygodne. Jakby widziało się narodziny świata, ten szczególny moment, kiedy jest już ziemia i niebo, kiedy są woda, rośliny i dzikie zwierzęta, a jeszcze nie ma Adama i Ewy...”

Naprawdę warto odbyć safari.

MT