

TV (5)

Polsat News15.07.22 22:12:46

tytuł programu: Wydarzenia Wieczne

temat: Sytuacja epidemiczna w Europie

MATERIAŁ

Polsat News15.07.22 17:08:01

tytuł programu: W rytmie dnia - serwis informacyjny

temat: Sytuacja epidemiczna w Polsce

MATERIAŁ

TVN2417.07.22 12:37:20

tytuł programu: Łoża prasowa

temat: Sytuacja epidemiczna w Polsce

MATERIAŁ

Wydarzenia 2416.07.22 17:03:44

tytuł programu: Wydarzenia

temat: Problem z brakiem lekarzy

MATERIAŁ

TVP116.07.22 20:16:12

tytuł programu: Alarm

temat: Lubelski dentysta zaatakował dziennikarkę TVP

MATERIAŁ

RADIO (2)

SuperNova Warszawa15.07.22 13:01:53

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Sytuacja epidemiczna w Polsce

MATERIAŁ

Radio Zet17.07.22 16:00:49

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Kredyt na studia medyczne

MATERIAŁ

Testy na COVID-19

Statystyki masowo zaniżane?

Pacjenci masowo zgłaszają problemy z dostępem do testów na COVID-19, ale Ministerstwo Zdrowia zasad zmieniać nie zamierza. – Lekarz odmówił wystawienia zlecenia na wykonanie testu w przychodni oświadczając, że nie ma takiej możliwości – słyszymy od pana Waldemara.

Ilona Godlewska

1 kwietnia zamknięto mobilne punkty pobrań. Bezpłatnych testów nie wykonują już także laboratoria i farmaceuci w aptekach. Pacjent z objawami zakażenia górnych dróg oddechowych ma zgłosić się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. „Lekarz POZ może, w trakcie konsultacji, zdecydować o wykonaniu u Ciebie testu antygenowego. Wynik wpisze do systemu, a więc pojawi się on na Twoim Internetowym Koncie Pacjenta i w aplikacji mojeIKP. W przypadku zachorowania na COVID-19 dostaniesz zwolnienie lekarskie i zalecenie samizolacji w domu aż do ustąpienia objawów. Długość zwolnienia (zalecane minimum 7 dni) będzie zależała od Twojego stanu zdrowia, czynników ryzyka ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 (np. brak szczepienia przeciw COVID-19, zaawansowany wiek, choroby przewlekłe m.in. cukrzyca) oraz wysokiego zagrożenia powikłaniami” – informuje Ministerstwo Zdrowia.

Coraz więcej zakażeń

I choć w ostatnich dniach znowu wzrasta liczba raportowanych oficjalnie zakażeń (według ostatnich dostępnych danych ostatniej doby w Polsce wykonano 7 179 testów

i wykryto 1974 zakażenia – a np. tydzień wcześniej było ich 1046. Aktualny wskaźnik średniej liczby nowych zakażeń COVID-19 na 100 tys. mieszkańców z siedmiu ostatnich dni wynosi 3,47, 7 lipca było to 1,89) Ministerstwo Zdrowia nie zmienia zasad. A – jak alarmują pacjenci – dostęp do testów jest ograniczony. – 30 czerwca wróciłem samolotem z zagranicy – opisuje swoją historię sprzed kilku dni pan Waldemar. – 2 lipca źle się poczułem, objawy jakby przeziębienia. Następnego dnia objawy chorobowe nasiliły się. Zrobiłem test na covid aptecznym testerem – wynik pozytywny. W poniedziałek, 4 lipca przeprowadziłem teleporadę z moim lekarzem POZ. Przekazałem, jakie mam objawy, oraz że wykonałem test testem aptecznym, który wykazał wynik pozytywny. Lekarz przyjął moje oświadczenie w tym zakresie, zalecił kwarantannę i wystawił zwolnienie lekarskie na 5 dni. Jednocześnie odmówił wystawienia zlecenia na wykonanie testu na covid w przychodni oświadczając, że nie ma takiej możliwości. Odmówił też wpisania mojej choroby covid na moje Internetowe Konto Pacjenta, oświadczając, że nie musi tego robić. Żadne moje argumenty nie zmieniły jego stanowiska. Czyli oficjalnie jestem zdrowy i nie zawyżam staty-



styk. Mimo że przechorowałem covid. Jeżeli jest to postępowanie powszechne lekarzy, to oni masowo, a może celowo, zaniżają statystyki covidowe i wyrządzają szkodę pacjentom. Uważam, że takie postępowanie jest wysoce nieetyczne – mówi pan Waldemar.

Jak dodaje nasz czytelnik, również jego żona, która miała objawy zakażenia, nie została skierowana przez lekarza na test. Z kolei znajomi, którzy lecieli z nimi samolotem, już tak.

Z objawami na SOR, bo jest piątek?

Monika Jankowska z Gdańska pierwsze objawy zakażenia poczuła w ubiegły piątek. Jak słyszymy, były silne: wysoka gorączka, duszący kaszel, ogólne zmęczenie. Zadzwoniła do swojej przychodni, ale usłyszała, że tego dnia nie ma już wolnych terminów do żadnego z lekarzy POZ.

• 1 kwietnia zamknięto mobilne punkty pobrań

FOT. TOMASZ STAPCZAK / AGENCJA WYBORCZA.PL

Minister zdrowia Adam Niedzielski twierdzi, że nie ma w planach modyfikacji polityki testowania czy otwierania oddziałów covidowych w szpitalach.

Monika: Kiedy powiedziałam, że to prawdopodobnie covid, bo kilka dni wcześniej stwierdzono kilka przypadków zakażeń w mojej firmie, pani w recepcji stwierdziła, że nic nie może poradzić. Zaszere-

wała, że po godz. 19 mogę spróbować się skontaktować z przychodnią, w której działa nocna i świąteczna opieka zdrowotna. Odczekałam, dzwoniłam kilkakrotnie na numery dwóch placówek, nikt nie odebrał. Następnego dnia rano skorzystałam z płatnej teleporady. Tylko co w sytuacji, kiedy nie byłoby mnie na to stać? Miałabym jechać na SOR czy nocną i świąteczną opiekę i wszystkich pozarażać? Dodam tylko, że w końcu test wykonałam i – co mnie wcale nie zaskoczyło – wynik był pozytywny.

Ministerstwo Zdrowia czeka

Tymczasem minister zdrowia Adam Niedzielski twierdzi, że nie ma w planach modyfikacji polityki testowania czy otwierania oddziałów covidowych w szpitalach.

– To jeszcze nie jest ten czas. Według naszych prognoz, w wakacje, w szczycie zachorowań będzie mniej więcej 7 tysięcy dziennie – mówił minister zdrowia dwa dni temu na konferencji prasowej.

Tymczasem dr Paweł Grzesiowski, immunolog, ekspert NRL ds. zagrożeń epidemicznych komentuje: – Nikt nie oczekuje od rządu historycznych ruchów. Oczekujemy przywrócenia masowych, bezpłatnych testów, maseczek FP2 w zamkniętych, zatłoczonych pomieszczeniach, dobrej wentylacji, rozszerzenia czwartej dawki szczepień zgodnie z wytycznymi EMA (Europejskiej Agencji Leków)/ECDC (Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób), dostępu do doustnych leków przeciwko COVID-19. ●

ZDROWIE

Pacjenci masowo domagają się nowych badań

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może zlecić więcej badań, ale nie są one przeprowadzane na życzenie. Ich wykonanie musi uzasadniać stan zdrowia.

KATARZYNA WÓJCIK

Pacjenci szturmują przychodnie po skierowania na nowe badania. W początku lipca rozpoczęła się bowiem zapowiadana przez Ministerstwo Zdrowia reforma podstawowej opieki zdrowotnej. Jak podkreślał resort, lekarz medycyny rodzinnej może zlecić więcej badań. Na liście znalazły się m.in. szybki test wykry-

wający antygen paciorkowca, badania na przeciwciała anty-CCP do rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów czy przeciwciała przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C.

Na reakcję pacjentów nie trzeba było długo czekać.

– Zgłasza się do mnie kilku takich pacjentów dziennie. Każdemu muszę wyjaśnić, że są to dodatkowe badania, o których decyduje lekarz w trakcie procesu diagnostycznego. Ich wykonanie może wynikać tylko z podejrzenia problemu zdrowotnego. To nie są badania profilaktyczne – mówi Bożena Janicka,

prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Lekarze podkreślają, że nie są to badania na życzenie. I domagają się od ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, by zorganizowali kampanię informacyjną, w której wyjaśnią pacjentom, co to jest diagnostyczny budżet powierzony. Nowe badania diagnostyczne w koszyku lekarza POZ są bowiem ściśle limitowane. Lekarze podkreślają też, że badania nie są jeszcze dostępne. Na razie przychodnie czekają na aneksy do umów z NFZ. Dopiero po ich podpisaniu i zakupieniu odpowied-

niego sprzętu pacjenci będą mogli skorzystać z badań.

– Musimy też przygotować systemy informatyczne i zakupić testy. Nowe badania będą dostępne najwcześniej w sierpniu – podkreśla Janicka.

Wdrażana reforma zakłada, że pacjenci chorzy przewlekłe będą w większym stopniu prowadzeni na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a nie tylko przekazywani do specjalistów. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia część chorób, np. cukrzyca, może być prowadzona przez lekarza POZ.

Będą też możliwe konsultacje lekarza podstawowej

opieki zdrowotnej z lekarzem specjalistą. Chodzi o to, by lekarz rodzinny skierował pacjenta do specjalisty, ale potem żeby pacjent do niego wrócił; by nie leczył się stale u specjalisty. W ramach opieki koordynowanej będzie można wykonać badania kardiologiczne, diabetologiczne, endokrynologiczne czy pulmonologiczne. Ta zmiana ma jednak wejść w życie dopiero jesienią.

Reforma zakłada również zmiany w programie profilaktyki chorób układu krążenia – do badań zakwalifikuje się większa grupa pacjentów (w wieku 35–65 lat). /

Zmiany oczekiwane, chaosu budzi poważne

Rewolucją w POZ resort zdrowia określa zmiany wprowadzone w tym sektorze. Od 1 lipca lekarze rodzinni mogą zlecać pacjentom więcej badań, dotąd zarezerwowanych dla specjalistów. Są one dodatkowo wycenione. Lekarze POZ mogą też liczyć na dodatki motywacyjne za promocję profilaktyki chorób układu krążenia i programu Profilaktyka 40 Plus. Jesienią zaś pacjenci z najczęściej występującymi schorzeniami i niektórymi chorobami przewlekłymi zostaną objęci kompleksową, skoordynowaną opieką medyczną.

Minister zdrowia Adam Niedzielski wyjaśniając, na czym będzie polegał program reformy podstawowej opieki zdrowotnej, stwierdził, że skupia się ona na pięciu zadaniach.

Piątką dla POZ od ministra Niedzielskiego

Założone przez ministra zmiany w POZ obejmują:

- realizację programów profilaktycznych;
- poszerzenie zakresu badań diagnostycznych;
- zmianę w opiece nad chorymi przewlekłymi;
- wdrożenie opieki koordynowanej POZ;
- wprowadzenie rozliczania jednostkowego wybranych porad pielęgniarskich.

Adam Niedzielski, prezentując program zmian, argumentował, że pacjenci i lekarze oczekują od POZ większego zakresu badań diagnostycznych. „Myśląc o całej piramidzie świadczeń, która w systemie opieki zdrowotnej jest realizowana, chcieliśmy, żeby jak największy ich zakres był wykonywany na poziomie POZ” – zaznaczył minister.

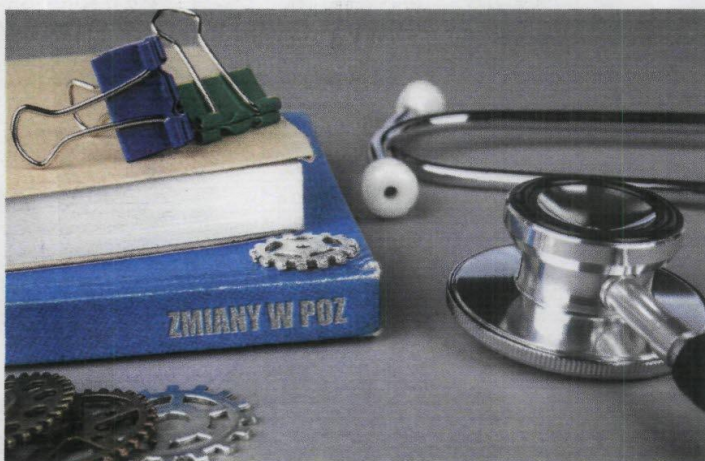
W jego ujęciu, główne założenia reformy to: zmiana finansowania POZ, czyli przesunięcie akcentów z placenia ryczałtowego (kapitacji) do placenia za konkretne usługi (ang. *fee for service*), więcej diagnostyki i opieka koordynowana.

Stawka kapitałowa nie znika, zostaje jako podstawa finansowania, dochodzą jednak kolejne elementy rozliczeniowe. Każdy lekarz POZ otrzyma odrębny budżet na badania. Nowe płatności pojawiają się też na poziomie profilaktyki. Mają one charakter premii za określony procent przebadanej populacji.

Diagnostyka plus

Na realizację pierwszego etapu rozszerzonego pakietu badań diagnostycznych Narodowy Fundusz Zdrowia planuje w tym roku wydać 95,2 mln zł. Od lipca lekarze rodzinni mogą zlecać następujące oznaczenia:

- **ferrytyny** – stężenie tego białka może m.in. wskazywać na stan zapalny, potwierdzić lub wykluczyć niedokrwistość;



- **witamina B₁₂** – pomiar wykonywany jest w diagnostyce niedokrwistości;
- **kwasy foliowe** – pomiar wykonywany w diagnostyce niedokrwistości;
- **anty-CCP** – badanie poziomu przeciwciał anty-CCP jest wykorzystywane m.in. w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów;
- **CRP** – szybki test ilościowy jest wykorzystywany m.in. w diagnostyce i monitorowaniu leczenia stanów zapalnych i uszkodzenia tkanek w przebiegu infekcji;
- **przeciwciała anti-HCV** – badanie, które wykazuje obecność lub brak przeciwciał przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C (HCV);
- **badania kału** – na antygen *H.pylori* w kale;
- **badania mikrobiologiczne** – Strep-test.

Ile NFZ zapłaci gabinetom medycyny rodzinnej za poszczególne badania, określono w zarządzeniu prezesa funduszu w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Stawki za nowe badania wahają się od 12 do 61 zł.

Motywacje do prowadzenia programów profilaktycznych

Program profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) jest jednym z podstawowych realizowanych na poziomie POZ. Skorzystają z niego osoby w wieku od 35 do 65 lat, u których nie zostały dotychczas rozpoznane: choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia. Warunek: osoby te przez ostatnie 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia (także u innych świadczeniodawców). Kolejne świadczenie będzie przysługiwać po upływie 5 lat.

Program będą mogły samodzielnie realizować pielęgniarki. Wartość jednostki rozliczeniowej dla tych świadczeń (porada pielęgniarki w ramach profilaktyki ChUK) wynosi 114,95 zł.

Do programu wprowadzono też zmiany, które obejmują m.in. nowy kwartalny i roczny dodatek motywacyjny dla placówek realizujących ChUK, związany z poziomem ich wykonania.

Program Profilaktyka 40 Plus został przedłużony do 31 grudnia 2022 r. Tu również dodano regulacje dotyczące premii kwartalnej dla POZ. Za każde

100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach tego programu świadczeniodawca otrzyma 2200 zł. Te dodatkowe środki będą przyznawane do 31 grudnia 2022 r.

Wdrażanie opieki koordynowanej

Kolejne zmiany, związane z wdrażaniem opieki koordynowanej, czekają POZ w październiku. Zostanie znacznie rozszerzona pula badań dostępnych dla lekarzy rodzinnych. Dojdą m.in. takie badania, jak: echo serca, EKG wysiłkowe, oznaczanie albuminurii w moczu, przeciwciała przeciwrtęciowe. Być może lekarze rodzinni będą mogli zlecać badanie spirometryczne, które wraz z próbą rozkurczową pozwoli zdiagnozować przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP).

Czy grozi nam model POZ dwóch prędkości?

Jak oceniają zmiany sami zainteresowani? Lekarze Porozumienia Zielonogórskiego przyznają, że na zmiany w funkcjonowaniu POZ – doceniające kompetencje i rolę lekarzy rodzinnych – czekali od dawna. Jednak z obawą podchodzą do tych, które są obecnie wpro-

wadzone. „Dziś wydaje się, że czas wprowadzenia zmian, brak szerokiej konsultacji społecznych i mnóstwo pytań bez odpowiedzi niesie za sobą ryzyko chaosu” – komentują lekarze Porozumienia. Jak wskazują w piśmie opublikowanym w serwisie Federacji Porozumienie Zielonogórskie (FPZ), mimo że założenia są właściwe, trudno będzie je zrealizować.

„Obawiamy się sposobu wprowadzania tych zmian i chaosu, jaki powstanie przy takich przekształceniach – wskazuje Wojciech Pacholicki, wiceprez FPZ. – To dotknie zwłaszcza pacjentów małych poradni, które są mocno obciążone obowiązkami, borykają się z brakiem lekarzy i kadry medycznej, nie mają szerokiego dostępu do specjalistów. To może nawet wykluczyć z systemu pacjentów z małych miejscowości czy wsi. Obawiamy się modelu POZ dwóch prędkości – lepszego dla pacjentów w dużych ośrodkach i gorszego, z ograniczonym dostępem do świadczeń w małych ośrodkach i na terenach wiejskich”.

Deficyt kadr może być barierą

Reforma POZ zakłada, że lekarz rodzinny będzie ściśle współpracował z innymi specjalistami, np.: endokrynologiem, diabetologiem czy kardiologiem. A to przy deficycie kadr może być trudne do wdrożenia.

Lekarze PZ przyznają, że odciążenie AOS jest słusznym celem. Dla samych pacjentów, którzy nie będą musieli błędzić po systemie, zapisywać się do specjalistów na badania, tracić czas – to rozwiązanie bardzo dobre. Ale niezbędna jest sprawna koordynacja i w tym aspekcie obecnie jest więcej wątpliwości niż klarowności. A cała idea tej reformy może zostać zablokowana przez deficyt kadr.

„Lekarze i pielęgniarki już teraz są obłożeni pracą” – komentuje Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienia Zielonogórskiego. – Nawet jeśli w obecnych warunkach POZ zleci badanie i zostanie ono szybko wykonane, to jest to bezcelowe, bo pacjent i tak będzie musiał długo czekać na konsultację ze specjalistą”.

Także Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia (PPOZ) z rezerwą wypowiada się o tej reformie. Bożena Janicka, prezes PPOZ, zaznacza, że

wizja obawy

wcześniej należy rozwiązać problem braku kadr i powiązać zmiany w POZ ze zmianami w AOS i szpitalnictwie. Bez tego w praktyce nic się nie poprawi.

Znowu decyzje o nas — bez nas
Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLrWP) w stanowisku odnoszącym się do zmian wprowadzanych w POZ również wyraziło swój niepokój.

„Tak głęboka reforma POZ nie może być pomysłem autorskim, lecz rozwiązaniem wypracowanym we współpracy i uzgodnionym zarówno ze środowiskiem profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów. Zaprezentowane w Ministerstwie Zdrowia propozycje to w istocie próba wdrożenia niektórych elementów niereprezentatywnego dla całego kraju eksperymentu, zrealizowanego zaledwie w 40 spośród ponad 6 tys. podmiotów, z udziałem wybranej populacji lekarzy i małej części pozostającej pod ich opieką pacjentów, godzących się na udział w pilotażu POZ Plus” — uważa dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes KLrWP.

Jej zdaniem, znacząca większość podmiotów, lekarzy oraz pacjentów ma zupełnie inne doświadczenia opieki zdrowotnej oraz zupełnie inne oczekiwania. „To właśnie ten głos zdecydowanie bardziej powinien być słyszalny i uwzględniony przy wprowadzeniu nowych rozwiązań w POZ” — przekazuje dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk.

Jak dodaje: „Braki kadrowe w poradniach specjalistycznych systemu publicznego próbuje się załatwić zmuszeniem lekarzy rodzinnych do poszukiwania specjalistów na własną rękę. Opiekę lekarza sprawdza się do sztywnych diagramów diagnostyki i leczenia. Dodatkowo tworzy się biurokrację i wprowadza koniczność wypełniania kolejnych dokumentów” — krytycznie ocenia model opieki koordynowanej prezes KLrWP.

Na wielu poziomach dostrzega niedopracowanie projektowanych zmian. „Właściciele podmiotów, kierownicy poradni oraz lekarze nie otrzymali odpowiedzi na pytania o nowe zadania, które będą wdrażane w ciągu tygodnia od publicznej prezentacji „reformy”. Najważniejsze z tych pytań to: jak administrować nowymi zadaniami? Jak sprawozdawać wykonane świadczenia, w jaki sposób się do tego przygotować? Skąd pozyskać kadry do nowych czynności? I jakie stosować narzędzia?” — dopytuje się dr Jankowska-Zduńczyk. Ostatecznie prezes KLrWP apeluje o wstrzymanie wdrożenia dotychczasowych, nieprzygotowanych założeń opieki koordynowanej.

Katarzyna Lisowska

Budżet powierzony na badania diagnostyczne

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość jednostki rozliczeniowej w zł
1.13	Ferrytyna *	Świadczenie	20
1.14	Witamina B12 *	Świadczenie	21
1.15	Kwas foliowy *	Świadczenie	16
1.16	Anty-CCP *	Świadczenie	57
1.17	CRP — szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.) *	Świadczenie	14
1.18	Przeciwciała anty-HCV *	Świadczenie	22
1.19	Antygen <i>H. pylori</i> w kale — test kasetkowy *	Świadczenie	23
1.20	Antygen <i>H. pylori</i> w kale — test laboratoryjny *	Świadczenie	61
1.21	Strep-test *	Świadczenie	12
2.1	Świadczenia pielęgniarstwa POZ	Stawka kapitałowa	43,80
2.1a	Świadczenia pielęgniarstwa POZ — certyfikat akredytacji	Stawka kapitałowa	44,04
2.2	Świadczenie pielęgniarstwa POZ w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Wizyta	5,23
2.3	Świadczenie pielęgniarstwa POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej oraz sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Wizyta	13,59
2.4	Świadczenie pielęgniarstwa POZ udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone, uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obywatelom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Wizyta	13,59
2.5	Świadczenie pielęgniarstwa POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	13,59
2.6	Świadczenie pielęgniarstwa POZ w profilaktyce CHUK	Porada	114,95
3.1	Świadczenia położnej POZ	Stawka kapitałowa	28,92
3.1a	Świadczenia położnej POZ — certyfikat akredytacji	Stawka kapitałowa	29,16
3.2	Wizyta położnej POZ w edukacji przedporodowej	Wizyta	32,40
3.3	Wizyta położnej POZ w edukacji przedporodowej — wada letalna płodu	Wizyta	48,59
3.4	Wizyta patronażowa położnej POZ	Wizyta	30,31
3.5	Wizyta patronażowa położnej POZ / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży — wada letalna płodu	Wizyta	40,76
3.6	Wizyta położnej POZ w opiece kooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Wizyta	15,68
3.7	Świadczenie położnej POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących oraz spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Wizyta	13,59
3.8	Świadczenie położnej POZ udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone, uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obywatelom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Wizyta	13,59
3.9	Świadczenie położnej POZ udzielane w stanach nagłych zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Wizyta	13,59
3.10	Świadczenie położnej POZ — pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Wizyta	20,90
3.11	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży	Wizyta	224,68
3.12	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży	Wizyta	146,30
3.13	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży	Wizyta	146,30
3.14	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży	Wizyta	175,56
3.15	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży	Wizyta	146,30
3.16	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży	Wizyta	146,30
3.17	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży	Wizyta	146,30
3.18	Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży	Wizyta	146,30
3.19	Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR	Wizyta	126,45
4.1	Świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej	Stawka kapitałowa	94,20
4.1a	Świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej — certyfikat akredytacji w zakresie POZ	Stawka kapitałowa	95,28
4.2	Świadczenia pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	Stawka kapitałowa	5,88
5.1	Świadczenia transportu sanitarnego w POZ — przewozy realizowane w ramach gotowości	Stawka kapitałowa	6,12
5.2	Świadczenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ — przewóz na odległość (tam i z powrotem) 121-400 km	Ryczałt za przewóz	246,62
5.3	Świadczenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ — przewozy na odległość (tam i z powrotem) powyżej 400 km	Ryczałt za każdy km przewozu ponad 400	1,00
6.1	Koordinacja opieki — zadania koordynatora	Stawka kapitałowa	6,24

*Świadczenia, o których mowa w załączniku nr 1 Część IVa rozporządzenia MZ — świadczenia realizowane w ramach budżetu powierzonego

Resortowa machina podwyżkowa ruszyła

OCHRONA ZDROWIA

Dorota Beker

dorota.beker@infor.pl

Pojawiły się nowe wyceny świadczeń i projekt przepisów regulujących rozliczenia z lecznicami według nowych zasad. W placówkach trwa przeliczanie, na ile pieniędzy mogą liczyć.

Ma to związek z ustawą z 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1352), która weszła w życie 1 lipca br., a wraz z nią – obowiązek wypłaty pensji uwzględniającej podwyżki.

Późnym wieczorem 13 lipca pojawiły się wyczekiwane wyceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, na podstawie których pieniądze na sfinansowanie wzrostu płac mają być przekazywane do lecznic. Zgodnie z wersją rekomendacji zaakceptowaną przez Ministerstwo Zdrowia konkretne świadczenia zanotują różny poziom wzrostu wycen – od kilku do niecałych 28 proc.

Do konsultacji społecznych skierowano również

projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który ma skorygować mechanizm obniżania współczynników korygujących i dostosować system do ustawy o najniższych wynagrodzeniach oraz rekomendacji AOTMiT. To właśnie za ich pomocą do tej pory przekazywane były pieniądze na wzrost płac.

Czy to oznacza koniec zamieszania z podwyżkami (o którym pisaliśmy w DGP nr 135/2022, „Szpitale wypłacą podwyżki pieniędzmi... z pożyczek”)? Jeszcze nie. Na razie kierownicy placówek szybko kalkulują, ile dodatkowych środków zostanie im przekazanych. Porozumienie Zielonogórskie (PZ) już informuje, że przewidziany dla podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wzrost w wysokości 6,26 proc. spowoduje lukę w budżetach w wysokości prawie 20 proc. – Aby móc dostosować się do wzrostu wynagrodzeń personelu poradni, należałoby zwiększyć kontrakty o co najmniej 24 proc. – czytamy w komunikacie PZ. ©P

Etap legislacyjny

Projekt skierowany do konsultacji



www.gazetaprawna.pl/zdrowie-polakow

Na ryczałtowców przechodzących na skalę może czekać pułapka

ROZLICZENIA Niewykluczone, że podatnicy opłacający ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, którzy od 1 lipca przeszli na skalę podatkową, **będą musieli na koniec roku dopłacić składkę zdrowotną za pierwsze półrocze**

Agnieszka Pokojka
agnieszka.pokojka@infor.pl

– Tak wynika z nieprecyzyjnego przepisu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – mówi Michał Rodak, doradca podatkowy w Grant Thornton.

Dlatego głos w tej sprawie powinno zabrać Ministerstwo Zdrowia. W przeciwnym wypadku nie będzie pewności, czy o wysokości składki ryczałtowca za pierwsze półrocze będą decydowały przychody z całego 2022 r. – nawet wtedy gdy w drugim półroczu będzie się już rozliczał według skali podatkowej (12 proc. i 32 proc.) – czy tylko te uzyskane w pierwszych sześciu miesiącach roku.

Nowe zasady...

Przypomnijmy, że możliwość powrotu na zasady ogólne – nawet w trakcie roku – wynika z nowelizacji z 9 czerwca 2022 r. ustawy o PIT oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1265), zwanej potocznie korektą Polskiego Ładu. Weszła ona w życie 1 lipca br.

Wprowadzono ją w związku z innymi zmianami

w rozliczeniach – likwidacją ulgi dla klasy średniej i obniżką dolnej stawki skali podatkowej z 17 proc. do 12 proc. Jednocześnie pozostawiono wprowadzoną od początku roku kwotę wolną od podatku na poziomie 30 tys. zł oraz próg skali na poziomie 120 tys. zł.

Mimo że nowelizacja PŁ wprowadziła możliwość częściowego potrącenia składki zdrowotnej przez podatników na liniowym PIT, ryczał-

na rozliczenie według skali podatkowej. Nie mogą wybrać na 2022 r. innego sposobu rozliczeń. Mogą też zdecydować, że chcą rozliczać się według skali za cały rok, czyli od dochodów uzyskanych od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r. Wówczas o swoim wyborze poinformują w zeznaniu rocznym złożonym do 2 maja 2023 r. (bo 30 kwietnia przypadnie w niedzielę, a 1 maja jest świętem).

Ryczałtowcy dodatkowo mogą stosować skalę do drugiego półrocza 2022 r., jeżeli poinformują o tym urząd skarbowy do 22 sierpnia br. Wówczas za pół roku rozliczą się z ryczałtu ewidencjonowanego, a za drugie pół według zasad ogólnych, czyli skali podatkowej. Nie będą jednak mogli wówczas rozliczyć się wspólnie z małżonkiem ani z samotnie wychowywanym dzieckiem – w przeciwieństwie do podatników, którzy wybiorą skalę podatkową za cały 2022 r.

To rozwiązanie może być dla nich jednak korzystniejsze niż zmiana za cały rok. W tym drugim przypadku warunkiem przejścia z ry-

czaltu na rozliczenie według skali podatkowej jest założenie podatkowej księgi przychodów i rozchodów wstecz – również za pierwsze pół roku.

Składki zdrowotne...

Jeżeli ryczałtowiec zdecyduje się na zmianę sposobu opodatkowania od 1 lipca br., od tego momentu będzie płacił składkę zdrowotną w wysokości 9 proc. od dochodu (nadal nie będzie mógł jej odliczyć od dochodu ani podatku). Wysokość składki za pierwsze pół roku, tj. gdy podatnik rozliczał się jako ryczałtowiec, będzie natomiast uzależniona od uzyskanego przychodu. Jest to:

- 335,94 zł – przy rocznych przychodach nieprzekraczających 60 tys. zł,
- 559,89 zł – przy rocznych przychodach w przedziale od 60 tys. do 300 tys. zł,
- 1007,81 zł – przy rocznych przychodach przekraczających 300 tys. zł.

Zgodnie z nowelizacją Polskiego Ładu, która weszła w życie 1 lipca r., ryczałtowiec będzie mógł odliczać od przychodu połowę zapłaconej składki zarówno za

Przykład

Podatnik przeszedł na skalę podatkową od 1 lipca br.

W okresie styczeń–czerwiec osiągnął przychody w wysokości 50 tys. zł, dlatego płacił miesięczną składkę zdrowotną w wysokości 335,94 zł.

Po przejściu na skalę za okres lipiec–grudzień osiągnie przychody 100 tys. zł.

Możliwe są dwa warianty:

- jeżeli będzie mógł wziąć pod uwagę przychody jedynie z pierwszego półrocza (50 tys. zł), ostatecznie zapłaci składkę zdrowotną za ten okres w łącznej wysokości 2015,64 zł (335,94 zł x 6 miesięcy);
- jeżeli po zakończeniu roku na potrzeby składki zdrowotnej będzie musiał wziąć pod uwagę przychody z całego roku, czyli również te, gdy był na skali (150 tys. zł), ostatecznie zapłaci składkę zdrowotną za pierwsze półrocze w łącznej wysokości 3359,34 zł (559,89 zł x 6 miesięcy).

siebie, jak i za osoby współpracujące.

...z korektą roczną

Pojawia się jednak wątpliwość, jaka będzie ostateczna kwota miesięcznej składki za pierwsze pół roku. Michał Rodak zwraca uwagę, że jej wysokość jest uzależniona od rocznego przychodu. Natomiast w art. 81 ust. 2e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.) mowa jest o przychodach osiągniętych „z działalności gospodarczej w rozumieniu ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych”. Wprowadzie

w przepisie jest odesłanie do ustawy o ryczałcie, ale tylko w odniesieniu do terminu „działalność gospodarcza”.

– Z literalnej wykładni art. 81 ust. 2e ustawy nie wynika natomiast, że chodzi tylko o przychody opodatkowane ryczałtem – podkreśla ekspert.

W związku z tym zapytaliśmy Ministerstwo Zdrowia o to, czy podatnik przechodzący z ryczałtu na skalę w ciągu roku dla określenia składki zdrowotnej powinien wziąć pod uwagę przychody tylko za pierwsze półrocze, czy za cały rok. Czekamy na odpowiedź. ©

Więcej na ten temat czytaj w dodatku dla prenumeratorów Podatki i Księgowość

POLSKI ŁAD 2.0 NAJPROŚCIEJ

cie i karcie podatkowej, to zasady ogólne PIT mogą się jednak okazać korzystniejszą formą opodatkowania dochodów przedsiębiorcy. Stosując skalę mogą bowiem skorzystać dodatkowo z ulg, takich jak wspólne rozliczenie małżonków i ulga na dzieci.

...i możliwość zmiany rozliczeń

Ryczałtowcy oraz przedsiębiorcy płacący liniowy PIT mogą zmienić wybraną już na 2022 r. formę opodatkowania, z tym że tylko

ZDROWIE

Ruszają kredyty na studia

Studenci płatnych kierunków lekarskich mogą już złożyć wniosek o kredyt na studia medyczne. Od 18 lipca jest to możliwe w dowolnym oddziale Banku Pekao S.A. Kredyt uzyskają również ci, którzy rozpoczęli studia przed rokiem akademickim 2022/2023. Na kredyt w wysokości 20 tys. zł na semestr mogą liczyć ci, którzy złożą wniosek na nadchodzący rok akademicki i kolejne lata. Jeśli student chce skredytować opłaty, które poniósł za poprzedni rok 2021/2022, może otrzymać 18 tys. zł na semestr. Stawka ta będzie obowiązywać go do końca studiów.

-kwa

Zdrowie

Z kupą na brzuchu

Ministerstwo Zdrowia chce ograniczyć refundację wyrobów dla kilkudziesięciu tysięcy chorych ze stomią. Niektórzy będą musieli wydać miesięcznie z własnej kieszeni nawet kilkaset złotych więcej.

– Resort uwięzi nas w domach z kupą lejącą się na brzuch
– mówią pacjenci

► **8**

Cięcia dla stomików

Ministerstwo Zdrowia chce ograniczyć refundację wyrobów dla kilkudziesięciu tysięcy chorych ze stomią. Niektórzy będą musieli wydać miesięcznie z własnej kieszeni nawet kilkaset złotych więcej. – Resort uwieź nas w domach z kupą lejącą się na brzuchu – mówią pacjenci.

Judyta Watoła

Pacjentów ze stomią jest w Polsce kilkadziesiąt tysięcy. W dużej części to osoby starsze, które zachorowały na raka jelita. Stomię mają jednak także ludzie młodzi i dzieci, w tym noworodki, które urodziły się z niewykształconym odbytem.

Stomia ratuje im życie. Zabieg polega na wydobyciu na powierzchnię brzucha fragmentu jelita cienkiego (ileostomia) lub grubego (kolostomia). Na to miejsce zakłada się worek, w którym gromadzi się kał. Są także pacjenci z urostomią, czyli przetoką moczowo-skórną. Niektórzy pacjenci mają wylonione dwie, a nawet trzy stomie naraz.

– Fakt stomii nakłada się na leczenie choroby onkologicznej. To wywołuje u pacjentów problemy emocjonalne, takie jak lęk, poczucie utraty własnej wartości, przygnębienie i często poważne stany depresyjne. Zwalczanie na początku jest im bardzo trudno – mówi Małgorzata Bocheńska, prezeska Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Stomijnych, która od 35 lat zajmuje się pacjentami ze stomią.

„Rana goiła mi się siedem miesięcy”

Emilia ma 36 lat, jest aktywna zawodowo: – Książkowa stomia jest płaska, wylonione jelito jest niemal równe z powierzchnią brzucha, a wokół skóra jest sucha. Nie ma problemów ze zmianą worka. Często jednak chirurgom nie udaje się wylonić stomii w ten sposób, a nawet jeśli, to potem i tak dochodzi do powikłań.

Na przykład gdy jelito „wychodzi” coraz bardziej z brzucha. Albo wdaje się zakazanie. Skóra pod przyklepem jest podrażniona, często odparzona. Nic się nie chce do niej kleić. Worek nie przylega szczelnie.

Jeśli worek nie trzyma się dobrze, treść jelitowa wycieka, a obecne w niej enzymy jeszcze bardziej niszczą skórę. Potrzebne są więc

Zmiany w przypadku stomii pogorszą dostęp do sprzętu. Limity nieznacznie uprawdzą się zwiększą, ale nie będzie już wyboru, co kupić. Ani 100-proc. refundacji

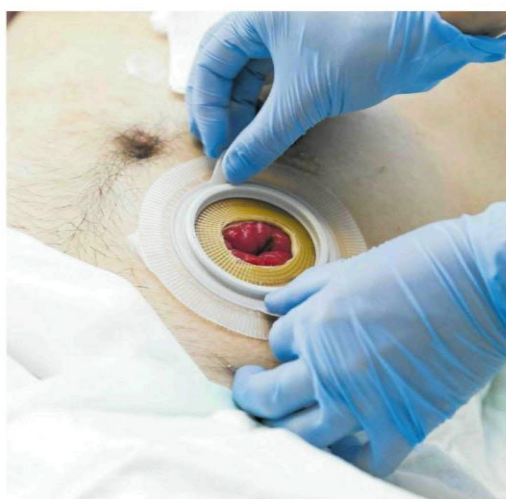
kleje i środki do pielęgnacji. – Ministerstwo chce nam to wszystko zabrać. A tu nie chodzi o to, żeby było ładnie. Tu chodzi o nasze życie i naszą godność, bo bez dobrze trzymanego się worka nikt nie odważy się wyjść z domu – tłumaczy Emilia.

Teraz pacjentom przysługują miesięczny limit refundacji: 300 zł miesięcznie dla osób z kolostomią, 400 zł dla osób z ileostomią i 480 zł z urostomią. Teoretycznie wszystkie wyroby refundowane są w 100 proc. W praktyce wymienione kwoty nie zmieniły się od 2003 r., choć ceny wyrobów dla stomików bardzo wzrosły.

Pacjenci przez cały ten czas zachowali za to swobodę wyboru, co za przysługującą im kwotę kupić: ile worków jednoczęściowych lub ile dwuczęściowych (na skórę przylepia się specjalną płytkę, a do niej worek; płytkę starcza na kilka dni, podczas gdy worek można zmieniać), pastę uszczelniającą czy spray do usuwania przyklepa, puder do osuszania skóry, żele ochraniająco-gojące, paski do stabilizowania worka na brzuchu czy maści i chusteczki do pielęgnacji skóry na brzuchu. Wystarczy na to jedno zlecenie od lekarza lub pielęgniarki.

„Starsi pacjenci sobie nie poradzą”

Ministerstwo Zdrowia właśnie zaproponowało zmiany. Chodzi o projekt nowelizacji rozporządzenia o wyrobach medycznych wydawanych na zlecenie. Opublikowano go 8 lipca. „Projektowana nowelizacja wprowadza zmiany będące odpowiedzią na postulat pacjentów i lekarzy (...). Celem tych pro-



• W Polsce żyje kilkadziesiąt tysięcy pacjentów ze stomią
FOT. SHUTTERSTOCK

pozycji jest zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych oraz uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoli na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych” – czytamy w uzasadnieniu.

Rzeczywiście projekt zakłada podniesienie limitów refundacji, np. przy zakupie okularów czy pończoch uciskowych. Zmiany w przypadku stomii pogorszą jednak dostęp do sprzętu. Limity nieznacznie uprawdzą się zwiększą (do 554 zł dla pacjentów z urostomią), ale nie będzie już wyboru, co kupić. Ani 100-proc. refundacji.

Pacjentowi z ileostomią ma przysługiwać 35 worków miesięcznie po maksimum 11,5 zł za sztukę refundowanych w 90 proc. Do najtańszego worka pacjent dopłaci więc 1,15 zł. Do droższych po kilka złotych. Będzie mu też przysługiwać jedna tubka pasty uszczelniającej i jeden spray do usuwania przyklepa (50 ml) refundowane w 80 proc. Zdaniem specjalistów to za mało. Nowe przepisy przygotowywali ludzie, którzy o stomii nie mają pojęcia.

Małgorzata Bocheńska: – Jakość i odpowiednia ilość sprzętu stomijnego odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu prawidłowego stanu skóry i w gojeniu zmian. Prawidłowo dobrany sprzęt i środki do pielęgnacji skóry wokół stomi dają pacjentom pełne bezpieczeństwo, czyli to, co jest dla nich najważniejsze aby móc normalnie funkcjonować.

Osoby z kolostomią będą miały refundowane w 90 proc. tylko worki jednoczęściowe. Nie będzie im przysługiwała pasta uszczelniająca, choć nierzadko też mają luzny stolec, zwłaszcza w trakcie chemii.

W dodatku na każdą rzecz będzie potrzebne osobne zlecenie, a więc zamiast jednego, jak teraz, lekarz będzie musiał wypełnić dwa-cztery.

Najgorzej pacjenci oceniają jednak wycofanie z refundacji wszystkich produktów do pielęgnacji, m.in.: pudrów gojących (ok. 25 zł), żele ochraniająco-gojących (ok. 30 zł), gazików ochronnych (0,65 zł/szt.), specjalnych chusteczek do pielęgnacji skóry wokół stomii (ok. 33 zł), gojących pianek do usuwania worków (ok. 40 zł), pasków do stabilizacji worków na brzuchu (10-30 zł/szt.).

Emilia: – Moje wydatki w związku ze stomią urosną do ponad 500 zł na miesiąc. Ludzie zostaną sami w domu z kupą lejącą się po brzuchu i nogach. To odarcie z godności, skazanie na społeczne wykluczenie.

Inni zwracają uwagę, że niegające się rany będą przyczyną powikłań, dodatkowych hospitalizacji i zabiegów.

„Ktoś, kto to napisał, nie wie, czym jest stomia”

Stanowisko w sprawie projektu zajął Izba POLMED zrzeszająca producentów sprzętu medycznego. Chwali resort zdrowia za wyższą refundacją odzieży uciskowej, aparatów słuchowych czy wózków inwalidzkich.

Krytykuje za to zmiany dla stomików. – Bazuja na nieznanych nam wycenach najtańszych produktów, zapewne niebędących już w powszechnym użytkowaniu ze względu na postęp, jaki dokonał się w zakresie zaopatrzenia pacjentów z wylonioną stomią. W efekcie finansowanie tej kategorii wyrobów pogorszy się uderzając w dziesiątki tysięcy pacjentów i ich rodziny”.

Resort Adama Niedzielskiego na razie milczy, bo odpowiedzialny za przygotowanie projektu wiceminister Maciej Milkowski po jego opublikowaniu pojechał na urlop. W piątek ministerstwo przedłużyło o tydzień konsultacje.

Z uzasadnienia do projektu można jednak wywnioskować, że zmiany dla stomików uważa za bardzo trafione. Powód: „ogólne limity, możliwe do wykorzystania dowolnie przez pacjentów”, nie podobały się NIK, więc teraz będzie lepiej. A poza tym „należy wyodrębnić te kategorie wyrobów, które są autentycznie niezbędne dla pacjentów stomijnych, od bogatej oferty akcesoriów mających charakter wspomagający”.

– Nasi pacjenci funkcjonują w dynamicznych warunkach. Ich sytuacja zdrowotna zmienia się, często występują poważne powikłania. Potrzebne jest im wsparcie w zakresie indywidualnego doboru sprzętu i akcesoriów oraz nauka pielęgnacji i zaopatrzenia stomii. My, pielęgniarki zajmujące się pacjentami ze stomią, nie chcemy, aby dotychczasowy poziom ich życia, w tym dostęp do różnorodnego i dobrego sprzętu, został ograniczony – mówi Małgorzata Bocheńska. ■

Polki jadą do Niemiec

Urodzę,

ALE NIE TU

Jedna trzecia rodzących w szpitalu w Szwedzt to Polki. Nie muszą znać niemieckiego, bo co trzeci lekarz, łącznie z ordynatorem, to Polak

DWUDZIESTODZIEWIECIOLATNIA Karolina z okolic Zielonej Góry nie marzyła o porodzie za granicą, bo po dwóch pierwszych w polskich szpitalach miała dobre doświadczenia. Co prawda starszą córeczkę rodziła przez siedem godzin w boksie, w którym za jej głową i przed nogami chodzili ludzie. Troszkę przeszkadzał jej ten hałas i oślepiające światło. „W końcu to szpital”, myślała i parla ile siły. Mąż przeżył poród i mogła przez 15 minut przytulać córeczkę, którą lekarze zaraz zabrali na badania. Drugi poród był jeszcze lepszy i trwał niecałe pół godziny. – Przyjechałam na ostatnią chwilę, już w strasznych bólach – wspomina Karolina. – Ale pielęgniarka powiedziała, że muszę poczekać na korytarzu, aż znajdzie wolną salę. Stałam więc oparta o ścianę ze skrzyżowanymi nogami, zgjęta wpół. Dobrze, że znalazła, bo uwinęłam się szybko – mąż zostawił mnie tylko na chwilę samą i poszedł z córeczką do toalety, a jak wrócił, było już po wszystkim.

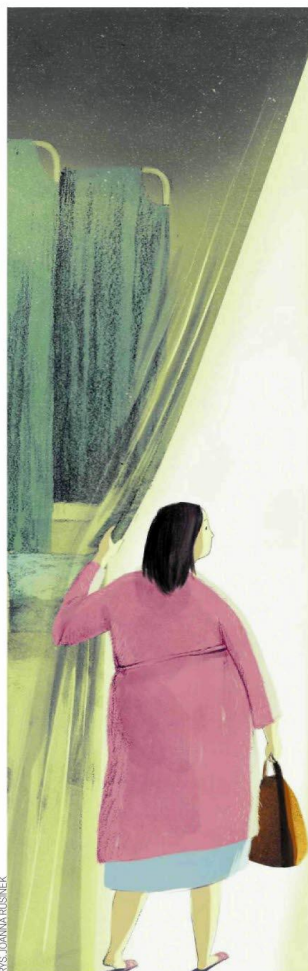
Przy tej trzeciej ciąży Karolina postanawia za ryzykować. Ma akurat pracę w dziale produkcji w branży mięsnej po niemieckiej stronie i zgodnie z przepisami obejmuje ją tamtejsze ubezpieczenie. Po wstępnej wizycie u lekarza jest przyjemnie zdziwiona. Ubezpieczenie niemieckiego pokrywa regularne badania krwi, USG w 3D raz na trzy miesiące i koszty witamin dla kobiet w ciąży, które wypisuje jej lekarz. W Polsce wszystko zależało od lekarza, a za USG w 3D trzeba było płacić z własnej kieszeni. Ale największy szok przeżywa, gdy mąż odstawia ją na poród do wielkiego szpitala. Ze stresu zamiast jechać 15 minut, gubi się i jedzie pół godziny. A Karolinie z nerwów wylatują z głowy wszystkie niemieckie słowa, których na pamięć się nauczyła do porodu.

– Uspokoiłam się dopiero, gdy w drzwiach kliniki przywitała mnie położna i zaprowadziła przez ciche i pusty korytarz do pomalowanej na ciepłe kolory sali – opowiada Karolina. – W pokoju stało szerokie łóżko i zaraz obok niego kącik do ważenia i mierzenia dzieci. Światła były przyćmione. Byłyśmy same. Dogadywałyśmy się półsłówkami albo na migi. Kobiety tak potrafią.

Poród nie trwał długo. W jego trakcie położna zwiłzała jej spierzchnięte usta i pomagała się napić. – Byłam jej za ten gest taka wdzięczna – wspomina Karolina. – Bo choć byłam spragniona, nie przyszło mi do głowy, że mogę poprosić o wodę.

Po porodzie Karolina przez godzinę odpoczywała i trzymała synka w ramionach. Potem położna przy niej ważyła go i mierzyła. A na koniec spytała, czy Karolinie uda się przejść do kolejnej sali o własnych siłach, czy też ma przyprowadzić wózek. – Wstałam i wraz z synkiem ułożonym w inkubatorze poczłapałam do przygotowanego dla mnie pokoju – opowiada Karolina. – Tam, w przylegającej łazience, położna pomogła mi wejść do wanny, umyła mnie i wytarła. Czułam się bardzo skrepowana, bo nikt obcy takich rzeczy przy mnie dotąd nie robił. Ale byłam też wzruszona, bo nie mogłam się schylać i sama nie dalać rady.

O godzinie 23.00 do pokoju Karoliny zajrzała jeszcze dyżurna pielęgniarka i spytała, czy ma ochotę na



coś do jedzenia. A potem przyniosła jogurt, jabłko i kanapki. Rano Karolinę obudziło poruszenie na korytarzu – to obsługa ustawiała wielki szwedzki stół ze śniadaniem. – Poczulałam się jak w hotelu. Szczególnie gdy dostałam menu na cały tydzień i poproszono, bym zaznaczyła, co chciałabym jeść przez kolejne dni na obiad i podwieczorek.

Na obchód ściągnięto polskiego lekarza z innego oddziału, by Karolinie wszystko wytłumaczył i odpowiedział na pytania. No na przykład ile jeszcze będą badać jej synka, bo ma wrażenie, że sprawdzili już wszystko – i skórę, i serce, i krew.

Gdy wychodziła ze szpitala, dostała od położnych glinianą tabliczkę z odciskiem stopy syna i datą jego narodzin. – Dostałam też bućki, sweterek i czapkę, które same wydziergały na drutach – opowiada Karolina. – Niby błahostki, ale miłe. A przez kolejne miesiące przychodzą do domu upominki ze szpitala – a to torba do wózka, a to kosmetyki. Zaraz po urodzeniu dzieci się w Niemczech nie szczepi ani nie myje, by nie powodować niepotrzebnego stresu. Kąpiel zrobiłam synkowi dopiero po przyjeździe do domu, a pediatra zaszczepił go podczas pierwszej wizyty u lekarza.

Gdyby Karolina miała jeszcze raz rodzić, mówi, że znów wybrałaby Niemcy. – Okazano mi tam wielkie serce. I nigdy nie zapomnę – choć było mi wstyd, bo człowiek po porodzie nie wygląda jak z okładki – że położna pomogła mi się umyć. A gdy zobaczyła lzy w moich oczach, powiedziała, że to jej praca i że po prostu stara się ją wykonać jak najlepiej. Myślę, że właśnie o to w tym wszystkim chodzi.

580 KILOMETRÓW Z WIELKIM BRZUCEM

– Zapisalam mamie na kartce numer niemieckiego pogotowia i dwa słowa, które ma powiedzieć, jeśli zaczęłabym rodzić po drodze: „Hilfe” (pomocy) i „Schwanger” (ciężarna) – opowiada 41-letnia Anna. – Przez pięć godzin, w trakcie których pokonałyśmy 580 kilometrów z Jeleniej Góry do Northeim koło Getyngi, mama nerwowo zerkala a to na kartkę, a to na mój wielki brzuch, który napierał na kierownicę.

Męża Anna poznała we Wrocławiu. Tam razem mieszkali i pracowali. Regularnie też odwiedzali okolice Getyngi, gdzie mąż ma dom. Gdy zaszła w ciążę, spytała NFZ, czy jako żona Niemca może rodzić w jego kraju. Dostała odpowiedź, że NFZ nie refunduje świadczeń planowych. Zaczęła więc rozglądać się po wrocławskich klinikach i sprawdzać opinie na ich temat w internecie. Coś w niej pękło, gdy przeczytała na forach, że podczas porodu medycy potrafią krzyknąć do pacjentki: „Co się tak drzesz? Ma boleć!”.

Wysłała kolejny mail do NFZ.

– W desperacji zapytałam, czy nie ma znaczenia, że jestem zameldowana w Niemczech i tam razem z mężem odprowadzam podatki – opowiada Anna. – Gdy nadeszła odpowiedź, popłakałam się. Z radości.

JOANNA STRZAŁKO



Za prywatny poród trzeba zapłacić od 2 do 4 tysięcy euro

Wypełnia wszystkie konieczne formularze i pojechała na poszukiwanie szpitala, w którym mogłaby urodzić.

– Zapisałam się na dni otwarte w klinice niedaleko domu męża – opowiada. – Położna czekała już w drzwiach. Przedstawiła się, oprowadziła po oddziale. Na dodatkowym spotkaniu zapisała moje życzenia związane z porodem. Poczułam, że jestem w dobrych rękach i że nikt tu na mnie nie będzie krzykował. Uspokojona wróciłam do Wrocławia.

Kilka miesięcy później Anna przyjechała z mamą do szpitala i po 16 godzinach porodu poprosiła o cesarskie cięcie. Choć była noc, przyjechał ordynator i w czasie, gdy sztykowano ją do zabiegu, podtrzymał ją na duchu. Spytał też, czy ma podczas cesarki mówić jej, co robi, krok po kroku. – Poprosiłam, by pracowali w ciszy – opowiada Anna. – Słyszałam więc tylko dźwięk narzędzi, a potem słowa: „Za chwilę podamy pani córeczkę”. I wsunęli mi taki specjalny pas, gdzie położyli córkę, byśmy mogły patrzeć na siebie. Odtąd dziecko było cały czas przy mnie, na moich oczach je zważyli i zmierzili. Potem przyszła położna i pokazała, jak mam karmić. Było dokładnie tak, jak sobie wymarzyłam.

Trzeciej nocy w szpitalu Anna zasnęła dopiero nad ranem. Gdy poranny obchód pojawił się w drzwiach jej pokoju, mama pokazała na migi, by nie budzić córki, a medycy wycofali się na paluszkach i wrócili dopiero po kilku godzinach.

– Podczas obchodu wszyscy mieli nie tylko plakietki z nazwiskami, ale i kolory uniformów odpowiadające funkcji – opowiada Anna. – Dzięki temu już po strojach byłam w stanie rozpoznać, kto ze mną rozmawia. Poza tym oni się tu zawsze przedstawiają. „Dzień dobry, nazywam się tak i tak, dziś jestem tu na dyżurze. Czy ma pani jakieś życzenia?”.

PORODÓW NIE REFUNDUJĄ

– Nie lubię słowa „klient”, gdyż ono nie oddaje relacji z pacjentami – mówi ordynatorka oddziału położniczo-ginekologicznego kliniki we Frankfurcie nad Odrą dr Christiane Richter-Ehrenstein. – U nas medycy współpracują z chorymi na zasadzie partnerskiej, a nie handlowej. Owszem, kiedyś w Niemczech lekarze byli autorytarni jak półbogowie. Ale to się zmieniło jakieś 20 lat temu. A najbardziej właśnie na ginekologii. Dziś wspólnie z pacjentkami decydujemy, co jest dla nich najlepsze. Do nich należy ostatnie słowo. Dzięki takiemu podejściu kobiety nauczyły się bez strachu wyrażać swoje życzenia. Są o wiele dojrzałsze niż pokolenie ich matek, dobrze poinformowane i świadome swoich praw. Widzę to nie tylko u Niemek, ale i u Polek. A gdy pacjentkom starszej generacji zdarza się powiedzieć: „Pani doktor, proszę zdecydować”, odpowiadam: „Nie, zróbmy to razem”.

Do kliniki we Frankfurcie nad Odrą przyjeżdżają rodzić miesięcznie 25 do 30 Polek i liczba ta rośnie. Są to przeważnie mieszkanki Śląska i okolic, które pracują na terenie Niemiec i są tu ubezpieczone. Ale coraz częściej pojawiają się i takie, które gotowe są zapłacić za poród z własnej kieszeni, od 2 do 5 tysięcy euro. – W Ślubicach zamknięto porodówkę i kobiety muszą pokonywać dobrych kilkadziesiąt kilometrów, by dostać się do polskiej placówki – mówi dr Richter-Ehrenstein. – A przecież gdyby polski NFZ refundował tę procedurę, mogłyby rodzić za darmo u nas. Niestety polskie władze refundują tylko nagłe przypadki, a porodów do takich nie zaliczają. Żaluję, gdyż mamy nowoczesne centrum prenatalne i moglibyśmy wielu kobietom pomóc. W naszym szpitalu

pracują wspaniale wykształceni polscy lekarze. Przyjeżdżają do nas na praktyki, głównie ze Szczecina, jeszcze jako studenci medycyny, a potem zostają. Mówią, że nawet nie chodzi im o lepsze pensje, ale raczej o warunki pracy i szacunek, którym cieszą się tu lekarze. Ale słyszę od moich polskich współpracowników, że ich rząd patrzy nieprzychylnym okiem na wyjazdy porodowe do Niemiec i nie chce ułatwiać Polkom rodzenia.

– Tam, skąd pochodzę, w okolicach Düsseldorfu, schodzą się granice trzech krajów – Holandii, Belgii i Niemiec – ciągnie ordynatorka. – I nikt tam nie mówi, że jest Belgiem, Niemcem czy Holendrem. Ludzie nazywają siebie po prostu mieszkańcami regionu i tak też żyją. Tego życzyłabym sobie i tu. By kobiety, które mają swój dom po wschodniej stronie Odry, mogły korzystać ze wszystkich usług także po jej zachodniej stronie.

2 DO 4 TYSIĘCY EURO

Poród w Niemczech wybrała 30-letnia Katarzyna. „Będzie dobrze”, uspokajał ją mąż, gdy wsiadali do samochodu. W radiu leciały lokalne wiadomości ze Szczecina. Drogę Katarzyna знаła na pamięć, w końcu pokonuje ją do pracy od kilku lat. Niecałe 50 kilometrów, 45 minut, a jakby inny świat.

– Od początku było dla mnie jasne, że jeśli mam rodzić, to tylko u siebie na oddziale – mówi Katarzyna.

W klinice w Schwedt Katarzyna, lekarka specjalistka ginekolog położnik, znalazła zatrudnienie osiem lat temu. Niemieckiego nauczyła się już w liceum i podczas międzynarodowej wymiany studentów medycyny w ramach europejskiego programu Sokrates-Erasmus. Zaraz po studiach pracowała jeszcze rok w mniejszym szpitalu w Pasewalk. Doświadczenia z pracy w polskiej instytucji nie ma, poza trzymiesięcznym stażem.

50 lekarzy, pielęgniarek i położnych, czyli jedna trzecia wszystkich zatrudnionych w szpitalu w Schwedt, codziennie dojeżdża do pracy z Polski. Może właśnie dlatego Polki, które chcą rodzić w klinice w Schwedt, nie muszą się stresować brakiem znajomości języka obcego.

– U nas nawet ordynator jest Polakiem – mówi Katarzyna. – A na dyżurze zawsze jest ktoś z kraju. Tłumacz nie jest więc potrzebny podczas porodu, co daje pacjentom kilkaset euro oszczędności.

Na oddziale położniczym, na około 300 kobiet rodzących co roku, co trzecia jest z Polski. Większość pochodzi z przygranicznych terenów, ale zdarzają się i z bardziej odległych miejsc.

– Któregoś dnia zadzwoniła do nas warszawianka – opowiada Katarzyna. – Bardzo zależało jej, by miejsce porodu było bezpieczne i nieprzypadkowe. Początkowo planowała polecieć do Stanów Zjednoczonych, ale że była już w mocno zaawansowanej ciąży, linie lotnicze nie chciały jej sprzedać biletu. Wpadła więc na pomysł, by urodzić u nas. Przejechała ponad 500 kilometrów, urodziła i po dwóch dniach wróciła z dzieckiem do domu.

Katarzyna z ciekawością przygląda się pacjentkom z Polski, które pojawiają się u niej na oddziale. Jak mówi, to kobiety, które wiedzą, czego chcą. Często mają już pierwszy poród w rodzinnym kraju za sobą i związane z tym negatywne doświadczenia. Mówią, że czuły się w Polsce pozostawione same sobie. Przyjeżdżają więc do Niemiec, gdyż chcą czuć się bezpiecznie i mieć możliwość znieczulenia lub cesarskiego cięcia na życzenie.

– Wydaje mi się, że Polki mają większe zaufanie do niemieckiej służby zdrowia – mówi Katarzyna. – Dowiadują się na forach lub od znajomych, że u nas pacjentki mają wpływ na rodzaj porodu i są traktowane z szacunkiem. Podobają im się, że przed zabiegami, w ramach usmierzania bólu, niemieccy lekarze stosują akupunkturę, że można poprosić o gaz rozszerzający jako środek przeciwbólowy, że lekarz dyżurny ma dla rodzącej czas i może skupić się na jej potrzebach, tak samo jak położna. Gdy po porodzie wychodziłam do domu, byłam doskonale przeszkolona i nie bałam się karmienia piersią. Moje koleżanki w Polsce nie miały takiego wsparcia, za to słyszały na okragło, że jak nie będą same karmić, to będą złymi matkami. Tu niektóre Niemki od razu zapowiadają, że nie zamierzają tego robić, i jest to respektowane, bo każdy ma prawo decydować o swoim ciele.

W okolicy Szczecina, po polskiej stronie, w promieniu 100 kilometrów nie ma prywatnej kliniki, gdzie kobiety mogłyby rodzić za opłatą, w lepszym standardzie niż w państwowych szpitalach. A współpracując z niemieckim państwowym szpitalem w Schwedt zaczęła się na przełomie lat 2013-14 i po roku ustala.

– Pojawili się problemy, gdyż NFZ nie chciał zaakceptować niemieckich kosztorysów i posługiwał się polskimi wycenami – opowiada Katarzyna. – Dlatego dziś, jeśli pacjentki nie są w Niemczech ubezpieczone lub zameldowane, muszą liczyć się z kosztami – około 2 tysięcy euro za poród naturalny z pobytem od dwóch do pięciu dni lub około 4 tysięcy za cesarskie cięcie z pobytem do ośmiu dni.

NA PODKARPACIU CZĘŚCIEJ UŻYWALIŚMY GŁOWY

Z obserwacji 47-letniej Hanny, polskiej położnej z Berlina, wynika, że w Niemczech rodzi sporo Polek, których mężowie legalnie tam pracują, w związku z czym ich ubezpieczenie zdrowotne obejmuje także żonę. Polacy polecali sobie Hannę pocztą pantoflową, gdy jeszcze parę lat temu wynajmowała się jako osobista położna. Zawiesiła jednak prywatną praktykę, odkąd Niemcy podnieśli obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej z 1200 do 7500 euro rocznie. Za to w ramach usług opłacanych przez kasę chorych prowadzi ciężę pacjentek i odwiedza je, gdy już wyjdą z dzieckiem ze szpitala.

– W Niemczech kobiety po porodzie mają zagwarantowane nie średnio pięć, jak w Polsce, ale 24 wizyty położnej – 20 do drugiego miesiąca życia dziecka i 4 do końca ósmego – opowiada Hanna. – Pomagam im przy karmieniu piersią, w pielęgnacji pępka i ciała, a także sprawdzam, czy dziecko dobrze się rozwija.

15 lat temu, gdy Hanna trafiła z Podkarpacia do Berlina, a Niemcy uznali jej dyplom zawodowy ze względu na studia pielęgniarstwa zakończone magisterką i odpowiednią liczbę przeprowadzonych godzin, jej wynagrodzenie skoczyło z 1200 złotych do 1400 euro. Długo nie zapomniał pierwszego dnia w berlińskim szpitalu. Oprowadzała ją Polka, która pracowała tam już od lat. Na widok kilkunastu pustych inkubatorów ustawionych pod ścianą na korytarzu Hanna stanęła jak wryta. W Polsce miała takie zaledwie cztery. „Zepsute?”, spytała. Koleżanka się roześmiała: „Nie, dobre, tylko mamy ich w nadmiarze”.

Hanna polubiła nową pracę, bo był tu przestronny pokój do rodzenia, tak różny od podkarpaccich ciasnych boków poprzedzielanych cienkimi ściankami, zza których może nie widać kroczka, ale spoconą głowę już tak, no i wszystko słychać. Za najwyższe czteroosobowe sale na położnictwie – trzy razy większe od tych w kraju, gdzie nie trzeba ciągle otwierać drzwi, bo nie ma czym oddychać. A na rodzinną poród kobieta mogła tu zaprosić nie tylko męża, ale i rodzinę czy przyjaciół, którzy mogli przynieść dobre jedzenie czy ulubioną muzykę – było rodzica czuła się komfortowo.

– Tylko brak tym niemieckim medykom takiej umiejętności abstrakcyjnego myślenia, a może raczej polotu – wzdycha Hanna. – I gdy pacjentce na położnictwie zaczyna coś dolegać, a nie jest to związane z ciążą, bezzadanie rozkładają ręce. W szpitalu na Podkarpaciu częściej używaliśmy gęwy. Było mniej sprzętu, musieliśmy więc liczyć na własne siły. Tu jest więcej wiary w urzędzenia i procedury. Niemcy z uporem powtarzają: „Trzeba to zrobić tak i tak, gdyż tak mówią wytyczne”. Poza tym rządzi tu zimny chłód. Po porodzie kobieta dostaje dziecko i ma się nim zająć, nieważne, czy dobrze się czuje, czy źle. Z drugiej strony może dzięki temu te kobiety nie są takie rozciakanie i muszą się za siebie szybko brać.

CO TAM PANI WIE!

– Mogłabym urodzić w prywatnej klinice w Polsce, stać mnie – mówi 37-letnia Emilia. – Ale po tym, co przeszedłam z pierwszą ciążą, kolejnej nie chcę prowadzić w kraju. Nikomu już tu nie ufam.

W ciążę zaszłam w zeszłym roku. Od początku się czułam i ciągle wymiotowałam – po sześć, siedem razy dziennie. Pierwsze wyniki badań okazały się złe. Ale lekarz w przychodni jedynie wzruszył ramionami. „Taki urok ciąży”, powiedział. Poszłam do innego lekarza. „Natychmiast do szpitala!”, usłyszałam. W szpitalu nie mieli miejsc. Podali mi w poczekalni kroplówkę i lek przeciwydmiotny, a potem miałam iść do domu. Spędziłam na tym SOR-ze sześć godzin – na 10 metrów kwadratowych, w pandemii, ściśnięta między pojeżdżającymi ciężarówkami kobietami.

Gdy poczułam się lepiej, zapisałam się na prywatne badania prenatalne. Podczas pierwszej wizyty usłyszałam, że dziecko jest za małe i mam przyjąć

W 2020 roku

około 70 tysięcy osób mieszkających w Polsce dojeżdżało do pracy w Niemczech i miało prawo do niemieckiego ubezpieczenia zdrowotnego.

za tydzień. Siedem dni później lekarz, nie patrząc mi w oczy, oznajmił: „Mam złą wiadomość. Płód niedługo obumrze. Już przy poprzedniej wizycie zanotowałem, że ma wielki obrzęk”. Dopiero później dotarło do mnie, że lekarz nie przekazał mi tej wiadomości podczas pierwszej wizyty. A przecież tu chodziło o moje zdrowie.

Wpadłam w wielkie przynęcenie, a mój zły stan psychiczny dawał przesłankę do terminacji ciąży. Zgłosiłam się więc do miejskiego szpitala. Po przyjęciu na oddział powiedziano mi jednak, że ze względu na moją depresję nie usuną ciąży, lecz przekażą mnie do psychiatrii. Tak! Jeżeli lekarz stwierdza, że stanowię sama dla siebie zagrożenie, to ma taką władzę. W środku nocy wsadzili mnie do karetki i przewieźli do ośrodka psychiatrycznego. To były najgorsze chwile w moim życiu. Napisałam do męża SMS: „Proszę, zabierz mnie stąd! Ja tego nie wytrzymam!”.

W ośrodku zajął się mną wspaniały lekarz starej daty. Wysłuchał i powiedział, że oddział psychiatryczny nie jest najlepszym miejscem dla kobiety w ciąży, zwłaszcza z ciążą zagrożoną, która może w każdej chwili obumrzeć. Nawet nie miałby mi tam kto zrobić USG. Uzgodniłam więc, że wypisze mnie na moje życzenie, pod warunkiem że mąż podpisze zobowiązanie, że będzie mnie bacznie pilnował.

Wróciłam do domu zupełnie wyczerpana. Wsiadliśmy z mężem do samochodu i ruszyliśmy do Niemiec. To, co zobaczyłam w niemieckiej klinice, przekonało mnie, że kolejne dziecko będę rodziła tam. Dwójka lekarzy, która przeprowadzała ze mną wywiad, była skupiona na moim przypadku, a ja czułam się ich równoprawnym partnerem do rozmowy. Zobaczyłam, że jeśli nawet coś będzie z moją kolejną ciążą nie tak, a mam to cały czas z tyłu głowy, to tam zajmą się mną zgodnie ze światowymi standardami, a nie religijnymi przesadami, jak u nas. Poza tym w Polsce lekarze lubią umniejszać pacjentów, szczególnie kobiety. Zwracają się do nas per „dziewczynki”, „kobietki” albo mówią: „Co tam pani wie!” czy „Proszę się tak nie przejmować, cha, cha, cha!”.

Opracowałam już z mężem cały plan. Na czas drugiej ciąży przeprowadzimy się do Zgorzelca i tam wynajmiemy mieszkanie. Pracujemy zdalnie dla międzynarodowych korporacji, więc mamy taką możliwość i stać nas. Szpital jest po drugiej stronie mostu – w Görlitz. Gdy opowiadałam moją historię przyjaciółkom, mówią, że nie będą rodzić, dopóki coś się w Polsce nie zmieni. Zwyczajnie boją się.

SZAMPANI I SŁODYCZE

– Termin miałam na połowę marca zeszłego roku. W środku pandemii i rygorów sanitarnych – mówi 36-letnia Karolina. – A zależało mi, żeby mąż był podczas porodu blisko mnie.

W Szczecinie mamy dwa szpitale z porodówką. Jeden z personelem o fatalnej renomie, w drugim sale są pięciosobowe, łazienki na korytarzu, a remont był tu może ze 40 lat temu. To była moja pierwsza ciąża. A że mam już swój wiek, poszukiwanie miejsca na poród było dla mnie wielkim stresem. Państwowe szpitale nie wchodziły w grę, bo mąż nie mógłby przez obostrzenia pandemiczne przekroczyć ich progu. Z kolei najbliższe prywatne kliniki, gdzie warunki spełniały moje wymagania co do własnego pokoju z łazienką, były w Gdańsku i w Łodzi. Kilka dobrych

godzin od Szczecina. Przez przypadek dowiedziałam się o szpitalu w Schwedt, po niemieckiej stronie, może z 50 kilometrów od domu.

Pojechaliśmy tam z mężem na wizytę. W poczekalni były tylko kobiety mówiące po polsku. Z tego, że wszyscy wokół byli zdumieni i pytali, dlaczego chcę tam prywatnie rodzić, wnioskuję, że nie płaciły za poród z własnej kieszeni. Bo te 3 tysiące euro to jednak jest dla wielu bariera.

Przyjechała nas lekarka, też Polka. Zrobiła podstawowe badania, USG, rozmawialiśmy o moich wymaganiach. Na poród miałam się stawić w marcowy poniedziałek o szóstej rano. Trzy dni wcześniej musieliśmy zrobić testy PCR. Położna zgarnęła nas z poczekalni i zakwaterowała w pokoju dwuosobowym z łazienką. Potem zabrała mnie na salę operacyjną. Znieczulenie zrobiła mi anestezjolożka, Polka. Nie miałam po nim żadnych skutków ubocznych – ani bólu głowy, ani mdłości, nic. Po zabiegu przytuliłam synka na chwilę, a gdy przewożono mnie na salę pooperacyjną, dziecko dostał mąż. Na koniec dnia zaskoczył nas przemyślny gest, który tam podobno jest w standardzie – do pokoju wjechał szampan bezalkoholowy, kieliszki i słodycze. Takich rzeczy się nie zapomina.

Spędziłam w szpitalu pięć dni. Czulałam się zaopiekowana, a nawet miałam wrażenie, że jest tam za dużo personelu, bo co chwilę ktoś pytał, czy nie potrzebuję pomocy. A przecież miałam przy sobie męża. I wszystko w tym szpitalu było: chusteczki, ręczniki, podkłady, pieluchy, środki do higieny, majtki jednorazowe, kremy do pielęgnacji dziecka, a nawet ubranka dla niemowlaka, które brałam z uzupełnianych na bieżąco przez obsługę szuflad. Gdybym miała rodzić kolejne dziecko, choć to nie wchodzi w grę, to tylko tam. Warunki, poród, pobyt były warte tych pieniędzy.

Jazda to się zaczęła po powrocie. Pierwszy zimny prysznic to była położna środowiskowa, która przyszła do domu. Wparowała, chwyciła dziecko, zaczęła je ważyć i mierzyć. A potem ruszyła w moją stronę, rzucając: „Bliżej chcę zobaczyć i piersi też!”. Poczułam się, jakby mnie ktoś napadł we własnym domu. Pomyślałam, że takiego właśnie traktowania bałam się w polskim szpitalu.

A potem zaczęły się problemy z polskimi urzędami. Złożyłam w szwajcarskim urzędzie stanu cywilnego europejski akt urodzenia, jaki dostałam w Niemczech, by zarejestrować syna. Dowiedziałam się, że mają 30 dni na rozpatrzenie prośby, a do tego muszę wnieść opłatę, by wyrobić polski akt urodzenia. Przyznam, że się zagotowałam. Płacić wysoką składkę na NFZ, nie obciążam systemu, korzystam z prywatnej służby zdrowia, płacić podatki, a oni jeszcze doliczają mi jakieś opłaty! Ale co miałam zrobić? Zapłaciłam. I wtedy dowiedziałam się, że muszę osobno złożyć wniosek o PESEL dla syna, a do tego konieczne jest wyrobienie dziecku dowodu osobistego lub paszportu. Jak już wszystkie te dokumenty mieliśmy, okazało się, że jeszcze musimy dziecko zameldować. Wszystko przez to, że syn urodził się za granicą.

Tak, teoretycznie mogłabym się starać o refundowanie porodu przez NFZ. Ale z tego, co czytałam na forach, jeszcze nikomu się to nie udało. Uznałam więc, że szkoda czasu. ■

Imiona niektórych bohaterów zostały na ich prośbę zmienione

Rezolucja PE ignoruje prawo do życia

STANOWISKO KATOLICKIEGO STOWARZYSZENIA
LEKARZY POLSKICH WOBEC PROABORCYJNEJ REZOLUCJI
PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO

z dnia 7 lipca 2022 r. „w sprawie decyzji Sądu Najwyższego USA
o uchyleniu prawa do aborcji w Stanach Zjednoczonych oraz
konieczności ochrony prawa do aborcji i zdrowia kobiet w UE”

Z radością i uznaniem przyjęliśmy decyzję Sądu Najwyższego USA, który w dniu 24 czerwca 2022 r. uznał wyrok *Roe vs. Wade* za niezgodny z konstytucją Stanów Zjednoczonych, czym dał narodowi amerykańskiemu możliwość zwiększenia skutecznej ochrony ludzkiego życia od momentu poczęcia. Po przyjęciu tej decyzji przez Sąd już w ponad 20 stanach weszły w życie przepisy zakazujące aborcji, i to w zakresie szerszym niż w Polsce. Są zapowiedzi, że w najbliższych tygodniach w kolejnych stanach aborcja będzie zakazana lub poważnie ograniczona. Nadzieję budzi widoczna w Stanach Zjednoczonych oraz innych krajach tendencja do zamykania klinik aborcyjnych.

Liczba urodzeń dramatycznie spada w wielu krajach na świecie. Dzietność kobiet w Polsce wynosi 1,4, w całej Europie 1,5, a w Stanach Zjednoczonych 1,7. Dla odbudowy pokoleń, które odchodzą, dzietność kobiet powinna wynosić co najmniej 2,1. Strategie walki z kryzysem demograficznym powinny być nakierowane na ochronę każdego życia, oferowanie kobietom wsparcia przez profesjonalne poradnictwo, rozwój ośrodków adopcji, a także politykę pro-rodinną. Jest to wpisane w kulturę i tradycję Europy oparte na wartościach chrześcijańskich. Działania podjęte w ostatnim czasie w Polsce, w tym wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r., znoszący dopuszczalność aborcji eugenicznej w Polsce, pozwolił ocalić wiele poczętych dzieci i ich rodzin.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 7 lipca 2022 r., potępiająca decyzję niezależnego i znajdującego się poza Europą Sądu Najwyższego USA z dnia 24 czerwca 2022 r., jest atakiem na zwiększoną ochronę niewinnego życia nienarodzonych w Stanach Zjednoczonych. Podobnie jak Rezolucja tego Parlamentu z 11 listopada 2021 r. odnosząca się do sytuacji w Polsce i wzywająca do „szybkiego i pełnego zagwarantowania dostępności usług aborcyjnych” oraz „zapewnienia dostępu do tych usług wszystkim kobietom i dziewczętom”.

W dniu 28 czerwca 2021 r. Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich opublikowało krytyczne stanowisko wobec

Rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. „o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym”, opracowanej na bazie tzw. raportu Maticia, wzywającej wszystkie kraje Unii do zagwarantowania, by aborcja na życzenie była legalna we wczesnej ciąży, a w razie potrzeby – również w późniejszym okresie. Wdrożenie w Polsce jej założeń spowodowałoby poważne zagrożenie dla życia polskich dzieci, zdrowia matek i rodzin, wolności sumienia personelu medycznego i jakości opieki medycznej. Celem tego raportu było zdefiniowanie aborcji jako „prawa człowieka” i zniesienie wszelkich ograniczeń w dostępie do niej w poszczególnych państwach członkowskich.

W trosce o życie i zdrowie dzieci, matek i o sytuację polskich i europejskich rodzin publicznie wyrażamy nasz protest wobec treści Rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 7 lipca 2022 r. Uważamy ją za społecznie szkodliwą, niezgodną z podstawowymi prawami człowieka, zwłaszcza prawem do życia. Jej realizacja stanowiłaby realne zagrożenie dla sumienia personelu medycznego i pacjentów, etycznych zasad wykonywania naszego zawodu. Byłaby niezgodna z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, a także z Rezolucją Parlamentu Europejskiego z dnia 20 maja 2021 r. w sprawie odwrócenia tendencji demograficznych w regionach UE za pomocą instrumentów polityki spójności (2020/2039(INI)).

Nie zgadzamy się z 324 europosłami Parlamentu Europejskiego, którzy uznają, że: „bezpieczna i legalna aborcja jest podstawowym prawem i jako taka powinna być zawarta w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej, która ma taką samą wartość jak traktaty UE”. Protestujemy wobec pomysłu wprowadzenia zmiany w art. 7 tej Karty, by głosił, że: „każdy ma prawo do bezpiecznej i legalnej aborcji”. Jesteśmy oburzeni propozycją PE, aby procedurę aborcji będącej w istocie morderstwem prenatalnym dekryminalizować, a zatem uznać, że nie jest przestępstwem i zabójstwem dziecka, a w dodatku usunąć bariery, czyli ułatwić jej wykonanie z każdego powodu i bez powodu. Rezolucja ignoruje prawo do życia każdego poczętego dziecka, wyraża brak szacunku dla macierzyństwa i kobiecości

oraz kodeksów etyki zawodowej lekarzy. Poza tym jest atakiem na wolność sumienia personelu medycznego i rodziców. Rezolucja PE z dnia 7 października 2010 r. potwierdziła „prawo instytucji zdrowotnych do odmowy świadczenia pewnych usług, w tym aborcji”. Obecna rezolucja PE chce to prawo zakwestionować, tworząc sytuację sprzeczną z prawem do sprzeciwu sumienia, zawartego w Karcie praw podstawowych. Przypominamy, że w prawie europejskim i międzynarodowym nie istnieje prawo do aborcji.

Rezolucja PE usiłuje narzucić krajom UE wewnętrznie sprzeczne działania, nakazując im jednocześnie, że: „powinny zagwarantować dostęp do bezpiecznych, legalnych i bezpłatnych usług aborcyjnych, opieki prenatalnej i macierzyńskiej”. Aborcja jest zawsze pogwałceniem praw matki do opieki medycznej, prenatalnej i macierzyńskiej! Jest też atakiem na sumienie i autonomię zawodu lekarza. Przymus, który miałby być stosowany wobec lekarzy do wydawania i wykonywania wyroku śmierci wobec nienarodzonego dziecka, byłby skandalem i prowadziłby do upadku medycyny.

Dziękujemy Komisji Konferencji Episkopatów Unii Europejskiej za głos sprzeciwu wobec tej Rezolucji.

W USA liczba ciążyowych centrów kryzysowych wspierających kobiety w ciąży znacznie przewyższyła liczbę klinik aborcyjnych. Banery z tegorocznego 49. Marszu dla Życia w Waszyngtonie głoszące: „kochać oboje” – kobietę i jej dziecko – wyrażają również nasze lekarskie podejście do opieki medycznej nad każdą matką i jej poczętym dzieckiem na wszystkich etapach jego rozwoju.

Dr n. med. Elżbieta Kortyczko
Prezes Zarządu Głównego Katolickiego Stowarzyszenia
Lekarzy Polskich

Prof. Bogdan Chazan
Wiceprezes Zarządu Głównego KSLP

Dr Grażyna Rybak
Prezes Oddziału Mazowieckiego KSLP

Warszawa, 13 lipca 2022 r.

Tytuł pochodzi od redakcji.



NAUKA

Newsweek

CO WPŁYWA NA NASZE DECYZJE

O SZTUCE DOKONYWANIA WYBORÓW

Im więcej decyzji musimy podjąć, tym trudniej
nam to przychodzi. Mózg szuka wtedy dróg na
skróty: działa impulsywnie, schematycznie
albo unika dokonania wyboru

TEKST DOROTA ROMANOWSKA

66 18-24.07.2022



Kilka lat temu mój syn złamał rękę. Potrzebna była operacja. Po dwóch dniach został wypisany ze szpitala. Dostał receptę na leki zapobiegające krzepliwości, zalecenia, jak trzymać operowaną rękę i kiedy rozpocząć rehabilitację. Nie dostał jednak żadnych informacji, jak uśmierzyć ból. Było to dla mnie o tyle zaskakujące, że kilka miesięcy wcześniej operację usunięcia podejrzanej zmiany na skórze (na szczęście – niegroźnej) przeszedł mój pies. Po zabiegu dostałam liczne wskazówki, co robić, aby nie lizał rany i aby jak najszybciej doszedł do siebie, oraz informacje o dawkowaniu leków przeciwbólowych. Lekarka weterynarz podkreślała, jak ważne jest, aby pies nie cierpiał.

Być może brak zaleceń przeciwbólowych dla mojego dziecka był zwykłym niedopatrzeniem lekarza, ale może było to wynikiem zmęczenia, o czym piszą uczeni z University of Missouri School of Medicine w jednym z ostatnich numerów

18-24.07.2022 67

Newsweek NAUKA CO WPŁYWA NA NASZE DECYZJE

czasopisma naukowego „Proceedings of the National Academy of Sciences”. Przeprowadzili oni badanie, w którym wzięło udział 31 lekarzy z Izraela, rozpoczynających dopiero pracę, oraz 36, którzy właśnie schodzili z dyżuru. Medycy dostali wymyślone historie opisujące kobietę z bólem głowy i mężczyznę z bólem pleców. Ich zadanie polegało na zaproponowaniu terapii dla obojga pacjentów.

Wyniki badania zaskoczyły uczonych. Lekarze, którzy kończyli długą zmianę, oceniali ból pacjentów jako mniej intensywny i byli mniej skłonni do przepisywania środków przeciwbólowych niż medycy zaczynający pracę. Byli bowiem zmęczeni całym dniem konsultowania pacjentów, a to sprawiło, że słabiej odczuwali empatię.

– Decyzje lekarzy można też uzasadnić wypaloną siłą woli lub brakiem energii, bo niezależnie od tego, czy jesteśmy sową, czy skowronkiem, wszyscy ludzie po całym dniu pracy mają wypalone zasoby energetyczne i najmniej energii. Dlatego wieczorem trudniej jest niż rano podejmować dobre decyzje – mówi dr Ewa Jarczevska-Gerc, psycholog społeczny z Uniwersytetu SWPS. – Są też badania, które pokazują, że najwięcej awantur domowych i zgłoszeń przemocy rodzinnej odbywa się wieczorem lub w nocy, kiedy jedziemy już na oparach energetycznych.

ANTYBIOTYKI I SZCZEPIONIA PRZECIWKO GRYPIE

STRES, ZMĘCZENIE I OBCIĄŻENIE PRACĄ POWODUJĄ, ŻE LEKARZE DZIAŁAJĄ SCHEMATYCZNIE. Dr Hannah Neprash z University of Minnesota poddała analizie dane dotyczące prawie 680 tys. pacjentów, którzy z powodu bólu odwiedzili ponad 5,6 tys. lekarzy w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej. Wykazała, że lekarze częściej przepisują opioidy pod koniec dnia niż na początku, a także wtedy, gdy wizyta odbywała się później, niż zaplanowano. – Pacjentom, którzy domagali się opioidów, a ich nie potrzebowali, lekarze nie proponowali innych metod leczenia bólu, np. niesteroidowych leków przeciwzapalnych czy fizjoterapii. Nie mieli bowiem czasu ani siły na długą rozmowę – tłumaczy dr Neprash. Byli zbyt zmęczeni, aby dokładnie zbadać chorego, zorientować się, z jakim rodzajem bólu mają do czynienia, i zaproponować optymalną terapię. Łatwiej im było przepisać opioidy i zająć się następnym chorym.

Z tych samych powodów lekarze pod koniec dnia pracy rzadziej niż na początku kierują pacjentów na szczepienie przeciw grypie i chętniej przepisują antybiotyki. Do takiego wniosku doszedł dr Jeffrey Linder z Brigham and Women's Hospital w Bostonie, który przejrzał dokumentację medyczną ponad 4,1 tys.

pacjentów leczonych z powodu bólu gardła. Z kolei naukowcy z Perelman School of Medicine i Wharton School z University of Pennsylvania dowiedli, że pacjenci, którzy są przyjmowani przez lekarzy wcześniej rano, mają o wiele większą szansę dostać skierowanie na badanie przesiewowe pod kątem nowotworu niż osoby, które składają wizytę późnym popołudniem.

ZWOLNIENIE WARUNKOWE

RÓŻNE DECYZJE PODEJMUJĄ TAKŻE SĘDZIOWIE. W miarę upływu czasu posiedzeń coraz częściej odmawiają zwolnienia warunkowego. Prof. Shai Danziger z Uniwersytetu Ben Guriona w Izraelu

poddał analizie ponad 1,1 tys. spraw o zwolnienie warunkowe, w których wniośki rozpatrywało ośmiu sędziów z ponad dwudziestoletnim doświadczeniem każdy. Jedna z badanych przez nich spraw dotyczyła trzech mężczyzn odsiadujących wyroki w izraelskich więzieniach. Byli to arabski Izraelczyk odsiadujący 30-miesięczny wyrok za oszustwo, który był przesłuchiwany o 8.50, Żyd izraelski odsiadujący 16-miesięczny wyrok za napaść, przesłuchiwany o 15.10, oraz arabski Izraelczyk odsiadujący 30-miesięczny wyrok za oszustwo, który stanął przed sądem o 16.25. Każdy z nich odbył co najmniej dwie trzecie wyroku. Komisja ds. zwolnień warunkowych przyznała jednak wolność tylko jednemu z nich – mężczyźnie, który był przesłuchiwany z samego rana.

Tak samo było w innych tego typu sprawach. Jak wykazał prof. Danziger, więźniowie, którzy pojawili się wcześniej rano, otrzymywali zwolnienie warunkowe w około 70 proc. przypadków, a spośród tych, którzy pojawili się późno w ciągu dnia, warunkowo na wolność wychodziło mniej niż 10 proc. skazanych. Prof. Danziger uważa, że na decyzje sędziów wpływało nie tylko zmęczenie, spowodowane wielogodzinnym skupieniem, ale także głód. Gdy sędziowie się najedli, nabrali sił oraz odzyskali zdolność osądu. Byli w stanie podejmować sprawiedliwe decyzje.

ZMĘCZENIE DECYZYJNE

TRUDNO JEST PODEJMOWAĆ DECYZJE ZA DECYZJAMI, NIE PŁACĄC ZA TO CENY PSYCHICZNEJ. – Podejmowanie decyzji jest męczące. Każda wiąże się ze spalaniem energii, wyczerpaniem siły woli. Gdy musimy tych decyzji podejmować dużo, możemy wpaść w niedecyzyjność. Wtedy nawet wybór makaronu w sklepie staje się problemem – mówi dr Jarczevska-Gerc.

Zmęczeni podejmowaniem decyzji zazwyczaj rozsądni ludzie złością się na kolegów i rodziny, kupują niezdrowe jedze-



KAŻDA DECYZJA
WIĄŻE SIĘ ZE
SPALANIEM ENERGII,
WYCZERPANIEM
SIŁY WOLI. GDY
MUSIMY TYCH DECYZJI
PODEJMOWAĆ DUŻO,
MOŻEMY WPAŚĆ
W NIEDECYZYJNOŚĆ

DR EWA JARCZEWSKA-GERC,
PSYCHOLOG SPOŁECZNY



nie w supermarkecie i nie mogą oprzeć się ofercie diler, który namawia do zabezpieczenia przed korozją nowego samochodu. Zmęczenie decyzyjne różni się od zwykłego zmęczenia fizycznego tym, że zazwyczaj nie jesteśmy go świadomi, tak jak doskonale wiemy, czy jesteśmy zmęczeni fizycznie.

Badania nad zmęczeniem decyzyjnym prowadziła dr Jean Twenge z San Diego State University. Uczona sama doświadczyła kompletnego wyczerpania, kiedy wraz z narzeczonym tworzyli listę prezentów ślubnych. Musieli zdecydować, czy chcą zwykłą białą porcelanę, czy ze wzorem, jakiej firmy mają być noże, ile potrzebują ręczników i jak duże mają one być. I dokonać jeszcze setki podobnych wyborów. – Pod koniec spotkania w sklepie sprzedawca mógł mnie namówić na wszystko – przyznała dr Twenge.

Ta historia podsunęła jej pomysł badania. W pobliskim domu towarowym, gdzie właśnie trwała wyprzedaż, kupiła mnóstwo rzeczy. Nie były to prezenty ślubne, ale przedmioty wystarczające atrakcyjne dla studentów college'u, których zaproszono do badania. Powiedziano, że pod koniec eksperymentu zatrzymają jeden przedmiot, ale najpierw musieli wykonać zadanie. Jedni mieli odpowiadać, co wybierają. Długopis czy świecę? Świecę o zapachu wanilii czy migdałów? Wolą świecę czy koszulkę? Koszulkę czarną czy czerwoną? Druga grupa uczniów nie dokonywała żadnych wyborów. Miała jedynie przyjrzeć się przedmiotom kupionym przez naukowców i wyrazić swoją opinię na ich temat, a także przyznać, jak często używali każdego z tych przedmiotów w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.

Następnie wszyscy uczestnicy zostali poddani jednemu z klasycznych testów samokontroli: mieli trzymać rękę w lodowatej wodzie tak długo, jak to możliwe. Uczniowie, którzy musieli dokonać wyborów, poddali się już pod 28 sekundach, podczas gdy ci z drugiej grupy trzymali rękę ponad dwa razy dłużej. Dokonywanie wszystkich tych wyborów najwyraźniej osłabiło ich siłę woli i nie był to jedyny eksperyment, który tego dowiódł.

KOMEDIA LUB DRAMAT

NA OSĄDY I DECYZJE OGROMNY WPŁYW MA NASTRÓJ. W ramach badań psychologowie wprawiają ludzi w dobry lub zły, prosząc ich o obejrzenie fragmentu komedii lub przygnębiającego filmu albo o napisanie szczęśliwego lub smutnego wspomnienia. Następnie zadaniem uczestników eksperymentu jest wyrażenie opinii na jakiś temat. Badania prof. Josepha Forgas z australijskiego University of New South Wales potwierdzają to, co podpowiada intuicja – ludzie w dobrym humorze są bardziej pozytywnie nastawieni do życia, bardziej tolerancyjni i hojni, bardziej ufają innym, a także chętniej niosą pomoc niż osoby w złym nastroju. „Ten sam uśmiech, który osoba w dobrym nastroju odbiera jako przyjazny, może odebrać jako niezręczny, gdy jest w złym humorze. Rozmowę o pogodzie, którą osoba w dobrym nastroju odbiera jako swobodną i wartką, w złym nastroju uzna za nudną” – pisze prof. Forgas w jednym z artykułów.

Niektóre badania, jakie przeprowadził, przyniosły dość zaskakujące wnioski. Wynika z nich, że zły humor ma dobre strony. Poprawia pamięć, sprawia, że jesteśmy bardziej uważni, mniej

łatwowierni i zwracamy większą uwagę na nowe informacje. Świadczy, gdy są w złym nastroju, w niewielkim stopniu ulegają mylącym, nieprawdziwym informacjom. Gdy zaś są w dobrym humorze, podczas zeznań częściej popełniają błędy.

W jednym z eksperymentów prof. Forgasa ochotnicy najpierw oglądali film – jedni wesołą komedię, inni przygnębiający dramat. Potem uczony poprosił ich o ocenę, ile jest prawdy w miejskich plotkach. Okazało się, że osoby wprowadzone w kiepski nastrój oglądaniem smutnego filmu były znacznie bardziej krytyczne niż ochotnicy w dobrym humorze i łatwiej wychwytywały brak logiczności w opowiadanych historiach. Z trudem przyszło im zatem uwierzyć w plotkę, że to CIA zabiła prezydenta Kennedy'ego.

– Z wielu badań wynika, że kiedy jesteśmy radośni, czujemy przyjemność, to nasz mózg wchodzi w tak zwany heurystyczny-intuicyjny tryb przetwarzania informacji, nie sięgamy do głębi, nie analizujemy. Analiza argumentów wymaga bowiem wysiłku, a wysiłek spowoduje, że nastrój nam się zepsuje. Z tego wynika, że ludzie, którzy są w dobrym nastroju, nie powinni podejmować ważnych decyzji. Tacy ludzie widzą tylko plusy, a wtedy łatwo o błędne decyzje – mówi dr Jarczeńska-Gerc. – Dużo lepiej dokonywać istotnych wyborów, gdy mamy nastrój nieco schłodzony, zwyczajowo nazywamy go negatywnym. Mózg dokładniej analizuje wtedy informacje, dostrzega nie tylko plusy, ale też minusy.

Obniżony nastrój poprawia koncentrację i sprzyja kreatywności. To wniosek z badania, które przeprowadził Matthijs Baas z Uniwersytetu w Amsterdamie. Uczony poprosił uczestników eksperymentu, aby przypomnieli sobie wkurzające zdarzenie ze swojego życia, a potem poddał ich testowi na kreatywność. Okazało się, że poirytowani badani wpadali na dużo lepsze, nieszbilowane pomysły niż wcześniej, gdy byli w dobrym humorze.

Równie silnie na nasz nastrój wpływa pogoda. Deszczowa i ponura wpędza nas w zły humor, a słoneczna go poprawia. Ale brzydka aura ma też zalety. Jak wykazał prof. Forgas, podczas brzydkiej pogody ludzie wypadają lepiej w testach pamięciowych. Bo im bardziej minorowa jest pogoda, tym sprawniej działa mózg. W ramach eksperymentu naukowcy z zespołu prof. Forgasu umieścili na ladzie w jednym ze sklepów w Sydney dziesięć przedmiotów, m.in. plastikowe figurki zwierząt, różową świnkę-skarbonkę i czerwony londyński autobus-zabawkę. W deszczowe dni odtwarzali w sklepie smutną muzykę, a w słoneczne – radosną, co miało wzmocnić negatywny lub pozytywny nastrój badanych. Po zakończeniu zakupów klienci byli pytani o przedmioty wystawione na ladzie. Okazało się, że ochotnicy byli w stanie wymienić trzy razy więcej produktów w deszczowe dni niż wtedy, gdy świeciło słońce.

– Ludzie nie dokonają dobrych wyborów, gdy nie są wypoczęci. Dlatego naprawdę mądrzy nie restrukturyzują firmy o 16. Nie podejmują większych zobowiązań w czasie koktajlu. A jeśli decyzja musi zostać podjęta późnym wieczorem, wiedzą, że nie wolno tego robić na pusty żołądek – radzi prof. Roy Baumeister, psycholog społeczny. **N**

dorota.romanowska@newsweek.pl