



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

02 | 2021

Fiolka nadziei

ROZPOCZĄŁ SIĘ NARODOWY PROGRAM SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19

Kalendarz lekarza praktyka | **Dziwiątka POL-u** | **Dodatek covidowy** | **Spór o PWZ**
dla cudzoziemców spoza UE | **Szkolenia** na czas pandemii | **Ideologicznie niewygodni**

W tym numerze

NR 02/2021 LUTY GAZETA LEKARSKA



47

Lekarzom i stomatologom spoza UE poluzowano dostęp do wykonywania zawodu w Polsce. Będzie im znacznie łatwiej o pracę.

60

42 proc. lekarzy praktykujących w USA dotyka problem wypalenia zawodowego.



TEMAT NUMERU

21

Nowy rok witaliśmy z wiarą w to, że będzie inny od miniego, ale pierwsze tygodnie 2021 r. szybko sprowadziły nas na ziemię.

Samorząd

- 4 Chaos i co dalej?
- 8 Ciąg dalszy nieuchronnie nastąpi
- 10 Dziewiątka POL-u – na ratunek ochronie zdrowia
- 14 Ideologicznie niewygodni
- 18 Szkolenia na czas pandemii

Temat numeru

- 20 Początek za nami
- 21 Fiolka nadziei
- 25 Pierwsze oceny
- 28 Szczepić czy nie szczepić?
- 29 Covidowe przełomy

Prawo i medycyna

- 32 Praktykowanie mimo sądowego zakazu
- 33 Kalendarz lekarza praktyka

39 Biuletyn

- 43 Dodatek covidowy
- 44 O tym, jak wywalczono sprawiedliwy wyrok

Praktyka lekarska

- 46 Skazani na empatię
- 47 Rządowy luz
- 51 Bezpieczniej będzie wolniej
- 55 Pod kontrolą pulsoksymetru
- 56 Biało S1
- 57 Przyszłość należy do da Vinci
- 61 Szczepienia – komu idą najlepiej?
- 64 Szmonces odchodzi do lamusa

Po godzinach

- 66 Bareja wiecznie żywy
- 67 Ars Pandemica 2020
- 68 Fenomenalna Lili

70 Ramię w ramię

- 72 Kultura
- 76 Zjazdy koleżeńskie
- 77 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska



50

Według PNRL istnieje realne niebezpieczeństwo zapaści szkolnej opieki stomatologicznej.

Chaos i co dalej?



Rok jest nowy, a problemy stare – tyle że w jeszcze bardziej chaotycznym wydaniu, niż mogło się to wydawać na finiszu minionego roku. Z niepokojem myślimy, co z tego chaosu się wyłoni.

Andrzej Matyja
prezes NRL

Felieton, który w tej rubryce ukazał się w grudniowo-stycziowym numerze „GL”, nosił tytuł „Skandal!”. Nawiązywał do przyjętej przez Sejm ustawy otwierającej nasz kraj dla cudzoziemców spoza UE bez należytego sprawdzenia ich kompetencji, co pociąga za sobą ogromne niebezpieczeństwo dla pacjentów i polskich medyków, którym przyjdzie pracować z nowymi kolegami i koleżankami – najczęściej – zza wschodniej granicy, a dochodzą słuchy, że również z dalekiej Azji.

Jak się okazało, wokół tego złego prawa – nie da się ukryć – mocno forsowanego, szybko pojawił się zamęt pojęciowy. Oto 21 stycznia 2021 r. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia znalazła się informacja, że pięciu lekarzy z Białorusi i Ukrainy „...uzyskało prawo wykonywania zawodu w trybie uproszczonym”. Tymczasem, zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, procedura nabycia PWZ przez lekarzy posiadających dyplom uzyskany poza UE odbywa się dwuetapowo. Minister Zdrowia jest organem administracyjnym uprawnionym do wydania decyzji o udzieleniu tym osobom zgody na wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty, natomiast prawo wykonywania zawodu – po zweryfikowaniu przesłanek jego nabycia – lekarze mogą uzyskać dopiero na podstawie decyzji okręgowej rady lekarskiej. Po mojej interwencji informacja została zmieniona. Jedni powiedzą: „komunikacyjne zamieszanie”, inni, że to „dezinformacja”. Jak zwał, tak zwał, ale chaos jest nieunikniony.

Inny przykład. Dodatki covidowe. Możemy powiedzieć:

**Niewiedza, niekompetencja,
rozrzutność, brak szacunku
dla publicznego grosza i dorobku
organizacji społecznych? Pytań jest
wiele, a niepokój wspólny.**

„A nie mówiliśmy!”, ale to żaden powód do satysfakcji, tylko smutna konstatacja. Nie powiodła się batalia parlamentarna, w której samorząd lekarski walczył, by wszystkim medykom przyznać dodatki covidowe w wysokości 100 proc. do wynagrodzenia. Koalicja rządząca nie dała się przekonać. Minister Zdrowia, chcąc pozytywnie odpowiedzieć na oczekiwania środowiska medycznego, wydał polecenie, by takie dodatki wypłacić. Okazało się jednak, że dowolność interpretacyjna i decyzyjna dyrektorów szpitali jest ogromna. Poczucie niesprawiedliwości i frustracja narastają. Poważny konflikt wisi w powietrzu. Taki oto jest efekt prymatu polityki nad zdrowym rozsądkiem.

Ogromne zamieszanie towarzyszy szczepieniom. Dyspozycje płynące z Ministerstwa Zdrowia zmieniają się z godziny na godzinę. Do opinii publicznej też docierają chaotyczne komunikaty – a to na listy priorytetowe do szczepienia trafiają prokuratorzy i służby mundurowe, to znów ich się wycofuje. Staruszkowie, nie mogąc skorzystać z internetu i nie ufając telefonom, ustawiają się na mrozie w długich kolejkach pod swoimi przychodniami. Do mediów trafiają informacje o kuriozalnych przypadkach, że seniorzy mają zgłosić się na szczepienie do punktów odległych o ponad 100 km od ich miejsca zamieszkania.

Mobilne punkty szczepień to wciąż iluzja. Chaos i zwątpienie pogłębiła informacja o znacznie mniejszych dostawach, niż to pierwotnie zapowiadano.

Im bardziej optymistyczne wizje roztaczano w grudniu wokół szczepionki i możliwości szybkiego podania jej naszym rodakom, i to w sposób uporządkowany,

**Im bardziej optymistyczne wizje
roztaczano w grudniu wokół szczepionki
i możliwości szybkiego podania
jej naszym rodakom, i to w sposób
uporządkowany, zaplanowany
i logistycznie dopracowany, z tym
większym rozczarowaniem i frustracją
przyjmowane są komunikaty o kolejnych
komplikacjach.**

zaplanowany i logistycznie dopracowany, z tym większym rozczarowaniem i frustracją przyjmowane są komunikaty o kolejnych komplikacjach.

Jakby tego było mało, w noworocznym pakiecie zakaszczeń dostaliśmy kolejną niespodziankę.

Po odrzuceniu przez Sejm zaproponowanych przez Senat zwiększonych nakładów na psychiatrię dziecięcą, Premier wraz z Ministrem Zdrowia zadeklarowali przekazanie dodatkowych 220 mln zł właśnie na ten, jakże ważny, cel i zapowiedzieli uruchomienie całodobowej infolinii dla dzieci i młodzieży w kryzysie. Tymczasem taka specjalna linia działa od dwunastu lat, prowadzi ją jedna z fundacji na zlecenie polskiego rządu. Należy ona do ogólnoeuropejskiej grupy bezpłatnych linii telefonicznych o charakterze społecznym, stworzonych z inicjatywy Komisji Europejskiej. Ma ugruntowaną pozycję, rozpropagowany numer i inne formy zdalnego kontaktu, ma wykwalifikowanych pedagogów i psychologów oraz sieć współpracujących instytucji pomocowych, ale nie ma już wsparcia rządowego i utrzymuje się dzięki darczyńcom indywidualnym. Tymczasem rząd porywa się na inwestycję od podstaw. Niewiedza, niekompetencja, rozrzutność, brak szacunku dla publicznego grosza i dorobku or-

**Jeśli zwrócić uwagę na słowa,
jakimi się ostatnio posługujemy,
opisując bieżącą sytuację, to – rzecz
charakterystyczna – coraz rzadziej
występuje słowo
„system”, a coraz częściej słyszymy
określenie „chaos”.**

ganizacji społecznych? Pytań jest wiele, a niepokój wspólny dla tych kilku przykładów z pierwszych trzech tygodni nowego roku: co zrobić, by w tym chaosie nie stracić z pola widzenia najważniejszego podmiotu, czyli pacjenta?

Jeśli zwrócić uwagę na słowa, jakimi się ostatnio posługujemy, opisując bieżącą sytuację, to – rzecz charakterystyczna – coraz rzadziej występuje słowo „system”, a coraz częściej słyszymy określenie „chaos”.

Nader chętnie korzystamy z porównań militarnych – wojna, front, walka... Tylko patrzeć, jak będziemy dla opisu sytuacji po pandemii używać określenia „pobojowisko”. Najwyższy czas, by głośno zapytać: „I co dalej?”.

Zwracałem już uwagę na to wiele miesięcy temu, pisząc list otwarty do ministra Łukasza Szumowskiego, że skupienie uwagi na kryzysie nie wystarczy, trzeba już teraz wybiegać w przyszłość. Musimy nasz SYSTEM ochrony zdrowia wymyśleć na nowo. Czy jest tego świadomość? Czy jest gotowość do podjęcia autentycznego dialogu? Do korzystania z wiedzy eksperckiej? Do pracy nad rozwiązaniami, a nie promocyjnymi fajerwerkami?

Paradoksalnie, doświadczenie pandemii było na tyle silne dla całego społeczeństwa, wszystkich branż oraz profesji, że chyba już nie trzeba nikogo przekonywać, że zdrowie to silne państwo, silna gospodarka, to racja stanu i wyzwanie cywilizacyjne, a tak po prostu i po ludzku – nasze poczucie bezpieczeństwa, czyli zaspokojenie jednej z podstawowych potrzeb człowieka. To może oznaczać społeczną gotowość do zaakceptowa-

**Mamy przed sobą niepowtarzalną
szansę na stworzenie nowoczesnego,
przyjaznego i efektywnego
systemu ochrony zdrowia, który ma
pomagać mieszkańcom naszego kraju
jak najdłużej żyć w dobrym zdrowiu,
a w razie choroby dać poczucie
bezpieczeństwa opartego
na zaufaniu.**

nia fundamentalnych zmian w ochronie zdrowia.

Jesteśmy w wyjątkowym momencie, o czym zapomina się w ferworze walki z pandemią. Przed nami nowa unijna perspektywa finansowa na lata 2021-2027, duże środki z unijnego funduszu odbudowy, w którym zdrowie i przygotowanie na wypadek kolejnych pandemii jest ważnym punktem. Czy mamy dobre propozycje, plany i silne argumenty? Niech pandemia i gaszenie pożarów (niestety czasem chaotyczne) nie pochłonie naszych decydentów bez reszty! Po pandemii też będzie życie.

Mamy przed sobą niepowtarzalną szansę na stworzenie nowoczesnego, przyjaznego i efektywnego systemu ochrony zdrowia, który ma pomagać mieszkańcom naszego kraju jak najdłużej żyć w dobrym zdrowiu, a w razie choroby dać poczucie bezpieczeństwa opartego na zaufaniu.

Właśnie – zaufanie. To słowo klucz. Bez niego ani akcja szczepionkowa nie przebiegnie pomyślnie, ani wielkie reformy obliczone na pokolenie – bo o takiej perspektywie mówimy – się nie powiodą. A zaufanie to wiarygodność, przewidywalność, przekonanie o dobrych intencjach. Niestety, to w naszym kraju było dobro rzadkie, a teraz potrzebne jest, jak nigdy wcześniej. ■

SKRINING



Prezes NRL osobowością medyczną roku

Alicja Szczypczyk Dział Mediów i Komunikacji NIL

14 stycznia odbyła się gala konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”, podczas której statuetkę w kategorii „Osobowość Medyczna Roku 2020” otrzymał prezes NRL Andrzej Matyja.

Laudację (z odtworzenia) wygłosił Marszałek Senatu RP Tomasz Grodzki, w której podkreślił m.in., że prof. Matyja „sprostał czasowi pandemii, czasowi przewodzenia naszemu [le-karskiemu – przyp. red.] środowisku z godnością i sprawnością organizacyjną chirurga, którym jest na co dzień”.



Od lewej: prof. Andrzej Matyja, dr Izabela Ciurczyk („Menedżer Roku 2020 w Ochronie Zdrowia – placówki prywatne”), prof. Mirosław Ząbek (Nagroda specjalna „Menedżera Zdrowia”)

Przyjmując nagrodę, prezes NRL nawiązał do 2020 r., tragicznego ze względu na pandemię, zaznaczając, że mimo trudnej sytuacji polscy medycy stanęli na wysokości zadania. Nagrodę zadedykował całemu środowisku medycznemu – „To wyróżnienie jest dla Was – dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników, farmaceutów i innych zawodów medycznych. To Wy jesteście Osobowościami Roku”.

Na koniec swojego wystąpienia zwrócił się do pacjentów, których zapewnił: „Byliśmy i jesteśmy dla Was. I nigdy Was nie opuścimy”. ■

Nie zatrudniajcie niekompetentnych medyków!

„Jesteście Państwo, jako dyrektorzy szpitali, odpowiedzialni za zapewnienie swoim pacjentom profesjonalnej pomocy medycznej oraz bezpiecznych warunków jej udzielania” – tak rozpoczyna swój apel prezes NRL do dyrektorów szpitali w związku z wejściem w życie tzw. ustawy o kadrach medycznych, która pozwala na zatrudnianie w polskich szpitalach medyków o niezwykłych kwalifikacjach i kompetencjach zawodowych, a także bez znajomości języka polskiego.

Zdaniem prof. Matyja bezpośrednią konsekwencją zatrudnienia takich osób będzie obniżenie poziomu bezpieczeństwa pacjentów oraz zwiększone ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych skutkujących odpowiedzialnością finansową szpitala. Będzie ponadto zaburzało dotychczasowy przebieg opieki medycznej, wiążąc pozostały personel medyczny w czynnościach nadzoru/kontroli nad tymi osobami. ■



NIL poparła inicjatywę „Nauka przeciw pandemii”, zrzeszającą uznanych ekspertów ze środowiska naukowego pod przewodnictwem prof. Andrzeja M. Fala, którzy zjednoczyli się na rzecz propagowania rzetelnej informacji o konieczności szczepień przeciw COVID-19 oraz innowacyjnych technologiach zastosowanych w szczepionkach. W ramach akcji przygotowano białą księgę „Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność”, będącą kompendium wiedzy o szczepieniach, technologii i ich zasadności w walce z pandemią. Wśród jej autorów jest prezes NRL. Zawarte w niej treści stanowią wsparcie dla środowiska lekarskiego i służb medycznych, mających codzienny kontakt z pacjentami i są dla nich najczęściej pierwszym źródłem wiedzy. To także źródło wiedzy dla mediów oraz społeczeństwa, osób poszukujących partypowej wiedzy medycznej faktów na temat szczepień przeciw COVID-19 i typów stosowanych szczepionek. ■

#SzczepimySie

24 stycznia odbył się Polonijny panel profesorów #SzczepimySie, poświęcony zagadnieniu szczepień i ich roli w walce z wirusami. Eksperti odnieśli się do obaw i wątpliwości wobec obecnie dostępnych szczepionek przeciwko COVID-19. Panel odbył się m.in. dzięki wsparciu Konsulatu Generalnego RP w Chicago. Moderatorem, jak również inicjatorem wydarzenia, był prof. Marek Rudnicki – działacz polonijny, były prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago i honorowy prezes Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych. Jednym

z panelistów był prezes NRL, który przypomniał, że każde nowe rozwiązanie czy zmiana spotyka się na początku z oporem. W kwestii szczepionek jednym z jego głównych powodów są tzw. fake newsy, przez co tak ważna jest szeroko rozumiana edukacja, kierowana do całego społeczeństwa. Ponadto, prof. Matyja zapewnił, że samorząd lekarski będzie bardzo stanowczy w kwestii wypowiedzi niepopartych współczesną wiedzą medyczną, jak i niezgodną z zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zainteresowanych zapraszamy do obejrzenia retransmisji dostępnej na Facebooku. ■



Grupa „0” nie w pełni zaszczepiona

Prezes NRL zaapelował do Ministra Zdrowia o niezwłoczną modyfikację Narodowego Programu Szczepień i jednoznaczne przyznanie pracownikom sektora ochrony zdrowia możliwości szczepienia przeciw COVID-19 na każdym etapie jego realizacji. Powodem jest sytuacja lekarzy, którzy do tej pory nie mogli poddać się szczepieniu z uwagi na występujące przeciwwskazania do podania szczepionki (np. przez ciążę lub karmienie piersią), a którzy chcieliby to zrobić natychmiast po ustaniu tych okoliczności.

Z docierających do samorządu lekarskiego sygnałów wynika, że tacy lekarze otrzymują informację, że w przypadku

nieskorzystania z możliwości szczepienia w ramach etapu „0”, będą mogli zaszczepić się dopiero w etapie „3”.

Ponadto, jak wiemy, ruszyły już szczepienia populacyjne przeciwko COVID-19, podczas gdy personel medyczny, który przeciwwskazań nie miał, nie został jeszcze w całości zaszczepiony. W opinii Prezydium NRL może to doprowadzić do sytuacji, w której system opieki zdrowotnej nie będzie dysponował zdrowym i bezpiecznym personelem i tym samym nie będzie mógł zapewnić opieki zdrowotnej pacjentom. Co więcej, w przypadku zakażenia pracownik medyczny może przynieść wirusa na dużą liczbę pacjentów.

Dlatego 19 stycznia PNRL zaapelowało do Ministra Zdrowia o natychmiastowe wznowienie szczepień personelu medycznego, podkreślając, że „zaszczepienie całego personelu medycznego jest warunkiem niezbędnym do przywrócenia normalności w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia”.

Z kolei resort zdrowia nie odpowiedział na pismo w sprawie modyfikacji Narodowego Programu Szczepień, ale ustosunkował się do apelu PNRL, informując, że personel medyczny uprawniony do szczepień przeciwko COVID-19 w ramach grupy „0” może w dowolnym terminie skorzystać z możliwości zaszczepienia się w każdym punkcie szczepień na terenie kraju. Niestety, w piśmie nie podano żadnego uzasadnienia prawnego w tej kwestii. Pozostaje nam wierzyć, że ta obietnica będzie wystarczająca. ■

Pomoc finansowa dla rodzin lekarzy zmarłych na COVID-19



W ślad za rozmowami prowadzonymi z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia informujemy, iż resort podjął się zorganizowania wsparcia finansowego dla rodzin lekarzy zmarłych na COVID-19. Minister Zdrowia może wnioskować o przyznanie przez Prezesa Rady Ministrów rent specjalnych owdowiałym i osieroconym członkom rodzin lekarzy, którzy zmarli z powodu COVID-19

(na podstawie art. 82 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych), przy czym zakażenie wirusem SARS-CoV-2 musi mieć związek z wykonywaniem zawodu.

W celu złożenia ww. wniosku wymagane jest wypełnienie tabeli (dostępnej na stronie NIL) i przesłanie do właściwej okręgowej izby lekarskiej. ■



Przykładowe porady prawne na piśmie

W nawiązaniu do wspólnej inicjatywy NIL i INTER Polska, mającej na celu zapewnienie wszystkim członkom samorządu lekarskiego możliwości korzystania z bezpłatnych telekonsultacji i opinii prawnych związanych z koronawirusem SARS-CoV-2, powstał zbiór przykładowych pytań i odpowiedzi. Materiał został podzielony na dwie części, które są dostępne na stronie NIL. ■



Kiedy szczepienia dla pacjentów onkologicznych?

Prezes NRL zwrócił się do premiera Mateusza Morawieckiego o pilną modyfikację rozporządzenia z dnia 14 stycznia br. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Prof. Matyja podkreślił, że należy bezwzględnie umożliwić szczepienie chorych

onkologicznie, w szczególności pacjentów z chorobami układu limfatycznego i krwiotwórczego, w ramach etapu „0” Narodowego Programu Szczepień. Ich stan zdrowia oraz dynamika rozwoju choroby wymagają, aby mogli skorzystać ze szczepień przeciwko COVID-19 w najbliższym możliwym terminie. Kancelaria Premiera RP milczy w tej sprawie, a etap „1” szczepień już się rozpoczął. ■

Ciąg dalszy nieuchronnie nastąpi



Czas przed oddaniem kolejnego felietonu do druku do „Gazety Lekarskiej” jest ostatnio pełen niewypowiedzianego stresu. A to wszystko za sprawą trudności w wyborze tematu.

Krzysztof Madej

Należałoby pisać o pandemii, covidzie i szczepionkach, bo to temat najważniejszy z najważniejszych. Od niego wszystko zależy – gospodarka, polityka i globalne trendy cywilizacyjne. Zobaczcie, ilu się namnożyło ekspertów od pandemii po różnych kanałach telewizyjnych. Oni odpowiedzą na każde pytanie: co jeść w pandemii, jak się ubierać, jak się przygotować na szczepienie, jak kichać, gdzie aktualnie przebywa wirus i jak go unikać... Można by ich nawet nazwać prorokami, bo wiedzą wszystko o kolejnych falach koronawirusa i jak będzie, gdy pandemia się skończy, albo wprost przeciwnie, gdy się nie skończy. Pandemii nie przewidzieli, ale za to przyszłość rysują z nadzwyczajną lekkością i każdy inaczej.

A tu tyle jest innych tematów podniosłych, pięknych i ważnych dla przyszłości medycyny i systemu ochrony zdrowia naszej ukochanej Ojczyzny. Pandemia jest dla państwa, jak choroba somatyczna u twórcy, który chciałby tworzyć swoje wymarzone dzieło, włączyć duchowo, szlifować swoją twórczość do doskonałości, a tu musi się borykać z własną cielesnością i fizjologią.

Zamiast dumać nad jakimś doskonałym wpasowaniem systemu ochrony zdrowia w nowy ustrój państwa (w zamian za komentowanie tej szarpaniny przedziwnych postaci, zaludniających trzy monteskiuszowskie sfery władzy w państwie), zamiast przemyśliwać, jak by tu lepiej wypełniać misję samorządu i budować od nowa przyszły prestiż zawodu lekarza i jego pozycję społeczną, zadowalamy się statystykami zakażonych i zgonów. A my tu przytłoczeni komunikatami, ekspertyzami i statystykami, z których wielu ja

nie jestem w stanie zrozumieć. Na przykład nie rozumiem, jak to się dzieje, że rządowy, codzienny komunikat o epidemii, podający dane statystyczne, publikowany od jej początku, podaje zwykłe liczby dostępnych łóżek i respiratorów dla chorych covidowych dwukrotnie większą niż zajętych (wcześniej statystyki były jeszcze bardziej niepojęte). A karetki na podjazdach czekają z chorymi, bo nie ma miejsc.

Felietonistę paraliżuje więc strach, że „wyjedzie” z rozważaniami nie na temat. Mam w sobie ten lęk, bo w przeszłości doznałem w tym względzie urazu. Kiedyś, dawno temu, w pewnej grupie opozycyjnej, z której potem wyszło wiele ważnych postaci władz zmienionego ustrojowo państwa (ja zostałem chirurgiem, a więc popychłem w tym patologicznie zhierarchizowanym systemie polskiej medycyny), mieliśmy spotkanie z biskupem Władysławem Miziołkiem – bardzo ważną postacią Kościoła tamtej doby. Politycznie rozgorączkowani liczyliśmy na wykład o poglądach Kościoła na przyszły ustrój państwa, o przyszłych oczekiwanych stosunkach społecznych, a ksiądz biskup zafundował nam pogadankę o św. Cecylii, patronce muzyki kościelnej, bo tego dnia wypadały imieniny Cecylii. Wyszedłem zszokowany i zdruzgotany.

Podejmę jednak to ryzyko i odniosę się do sprawy niemającej związku z rozważaniami, czy dla pokonania pandemii należy zwiększyć rozmiary i rygory lockdownu i na jak długi czas to zrobić. Otóż 14 grudnia ubiegłego roku przeczytałem w „Rzeczpospolitej” krótką notatkę o tym, że rząd przemysliwuje nad zmianą stosunków własnościowych w systemie, polegającą na przekazaniu praw organu założycielskiego dla zakładów opieki zdrowotnej samorządowi terytorialnemu na poziomie województwa. Koncepcję tę nazwano „medycyną marszałkowską”. Hi, hi! Można by wzruszyć ramionami – ileż to niewydarzonych pomysłów codziennie przemyka przez prasę i internet pod hasłem „reforma systemu ochrony zdrowia” albo jeszcze lepiej „reforma reformy”.

Ja jednak sprawę potraktowałem poważnie z dwóch powodów. Po pierwsze, u zarania zmian ustrojowych w państwie, wtedy – mniej więcej – kiedy wprowadzano w Polsce kasy chorych, bardzo poważnie rozważana była koncepcja tzw. samorządowej ochrony zdrowia. Pierwotnie była to idea pro-

Pandemia zdemolowała system ochrony zdrowia i już jest on dysfunkcyjny, bo nie radzi sobie nawet z leczeniem innych niż COVID-19 chorób, a ludzie umierają na potencjalnie uleczalne schorzenia.

gramowa świętej pamięci Unii Wolności. Skoro pieniądze na świadczenia zdrowotne miały pochodzić ze składki ubezpieczeniowej, a nie z podatków, czyli że zostały one wyjęte spod władztwa ogólnoparostwowego i przekazane regionalnie usytuowanym kasom chorych, to może przydać tym kasom regionalnie usytuowanego samorządowego partnera, który troszczyłby się o pokrycie potrzeb zdrowotnych dla

mieszkańców danego regionu. Koncepcję tę szybko porzuciono, bo koło władzy politycznej obróciło się w inną stronę, a ponadto uznano, że agresja negocjacyjna przy zawieraniu kontraktów nowego płatnika i partnerów władających majątkiem „służby zdrowia” w niewidzialny sposób zoptymalizuje wykorzystanie środków na zdrowie. Stare teorie czasami jednak wracają. Teraz mamy to, co mamy, nikt za nic nie odpowiada.

Pandemia jest dla państwa, jak choroba somatyczna u twórcy, który chciałby tworzyć swoje wymarzone dzieło, wzlatać duchowo, szlifować swoją twórczość do doskonałości, a tu musi się borykać z własną cielesnością i fizjologią.

Powód drugi jest taki, że szybko skojarzyłem, że we wszystkich ostatnio opublikowanych materiałach programowych pochodzących z kręgów okołorządowych znajdują się lamente na nadmierne rozproszenie nadzoru właścicielskiego nad szpitalami, co niweczy prawidłową troskę władzy wszelkiej nad zdrowiem obywateli. Mam tu na myśli ostatnio opublikowany do zaopiniowania „Narodowy Program Zdrowia 2021-2025”, a także „Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce” (Warszawa, sierpień 2019), czyli dokument podsumowujący dorobek pewnego cyrku obwoźnego ekspertów od zdrowia, który przejechał po całej Polsce pod szyldem „Wspólnie dla Zdrowia”, oraz „Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian” (NIK 2018) i jeszcze jeden dokument w konsultacjach, a więc tajny i szal – bo od niego straszne pieniądze z Unii na zdrowie zależą.

Skojarzyłem też, że w Sejmie powołana została podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Później się dowiedziałem, że taka podkomisja powoływana jest każdego roku, wprawdzie nic nie robi, ale przyczówek jest. Tęsknota jest, pomysłu nie ma. Następnie minister zdrowia powołał zespół do spraw przygotowania rozwiązań legislacyjnych dotyczących restrukturyzacji podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (Dz. Urz. Min. Zdr. z 23 grudnia 2020 r. poz. 120). Jego skład, widać to na pierwszy rzut oka, nie jest pomyślany do kreacji, tylko do tego, żeby był. Och! – pomyślałem sobie, Sejm i rząd obstawione, potrzebna jest

tylko decyzja głównego dysponenta politycznego, żeby wkroczyć na ścieżkę tak pomyślanych zmian ustrojowych w ochronie zdrowia.

I jest jeszcze trzeci powód, bo wiążący się z fundamentalnym pytaniem: „co po pandemii?”. Po pandemii będzie tak, że pandemia albo wygaśnie i jej nie będzie (podobno wirus SARS-CoV, nazywany teraz wirusem SARS-CoV-1, zniknął zupełnie), albo rozszałe się tak, że nie nadążymy ze szczepionkami, kolejnymi mutacjami i wtedy będzie koniec świata, albo zostanie z ludzkością jak grypa i wtedy przy pomocy nabytej odporności stadnej, coraz doskonalszych szczepień i pewnego przeorganizowania opieki zdrowotnej odbudujemy taką normalność, że nie będziemy się odsuwać od siebie i człowiekowi będzie mógł podać rękę, a nawet pocałować w policzek.

Pandemia zdemolowała system ochrony zdrowia i już jest on dysfunkcyjny, bo nie radzi sobie nawet z leczeniem innych niż COVID-19 chorób, a ludzie umierają na potencjalnie uleczalne schorzenia. Odbudowywanie go po pandemii, w kształcie, w jakim on był przed pandemią, nie wydaje się logiczne.

Na razie ten temat jakoś dziwnie przestał „chodzić” z wyjątkiem pewnego drobnego szczegółu. Projekt „medycyny marszałkowskiej” niepostrzeżenie zamienił się na „medycynę wojewodów”, czyli przekazania wszystkich szpitali, z powiatowymi na czele, wojewodom. A jak! Jak ma być państwo, to ma być państwo, a nie jakieś samorządowe bezhołowie. Mamy więc chwilę na zebranie myśli. Na razie doznajemy wzmożenia moralnego i zadowalamy się ganianiem celebrytów. Temat jest odłożony, ale zobaczymy, co się dalej z tym myśleniem będzie działo, bo rządzące ugrupowanie polityczne w mniej lub bardziej odległej perspektywie będzie musiało coś z tym zrobić i, jak mawiał nadredaktor Wolski, „czekamy na ulubiony ciąg dalszy, który nieuchronnie nastąpi”.

W przyszłym felietonie napiszę być może hagiografię św. Cecylii. Albo nie! Lepiej byłoby wspomnieć o świętych Kosmie i Damianie – patronach medycyny, i św. Apolonii – stomatologii. Albo też nie – mam lepszy pomysł. O tym, jak to się dzieje, że subtelni filozofowie, mędrcy, znawcy życia społecznego, teoretycy doktryn społecznych i prawnych, wytrawni politycy, co to już z niejednego ustroju wygarniali konfitury, gdy przychodzi im rozprawiać na temat medycyny i organizacji systemu ochrony zdrowia, plotą kompletne androny. ■

#LECZYMIMIMOWSZYSTKO

Dziewiątka POL-u – na ratunek ochronie zdrowia



Porozumienie Organizacji Lekarskich (POL) reaktywuje swoją działalność i domaga się niezwłocznego rozwiązania problemów, z jakimi boryka się polska ochrona zdrowia, nie tylko tych związanych z pandemią COVID-19. Organizacja wypracowała 9 postulatów, których realizacja jest niezbędna do polepszenia sytuacji w opiece zdrowotnej.

Artur Drobnik zastępca sekretarza NRL

Do wspólnego działania w ramach POL włączyły się: Naczelna Izba Lekarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Chirurgów, Porozumienie Rezydentów.

Dziewiątka POL-u nie jest jedynie zbiorem żądań – dokument przedstawia sposoby ich wprowadzenia w życie oraz korzyści z ich szybkiego wdrożenia zarówno dla pacjentów, jak i personelu.

Porozumienie Organizacji Lekarskich swoją inicjatywą nawiązało do promowania bohaterskich postaw personelu medycznego w trakcie pandemii COVID-19 i powstałego w ostatnich miesiącach internetowego nurtu pod hashtagem #leczymymimowszystko i tak też zatytułowało swoją akcję, ubierając ją w odpowiednie logo.

Szczegóły akcji i informacje odnośnie postulatów, a także drogi do rozwiązania omawianych problemów, znajdziecie Państwo

na www.leczymymimowszystko.pl oraz na fanpage'u na Facebooku Leczymy Mimo Wszystko.

RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ

W ramach promocji działań POL-u do kolejnego numeru „Gazety Lekarskiej” zostanie załączony insert z naklejkami zawierającymi logo akcji Leczymy Mimo Wszystko. Prosimy Was, Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, o dołączenie do akcji i rozpowszechnianie naklejek – przyklejajcie je do fartuchów, na drzwiach gabinetów,

w miejscach publicznych dostępnych szerokiemu gronu odbiorców czy w innych miejscach, gdzie pacjenci będą mogli je zauważyć.

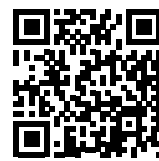
Odsyłajcie pacjentów na stronę akcji www.leczymymimowszystko.pl oraz na fanpage facebookowy Leczymy Mimo Wszystko – popularyzujcie ją, edukując jednocześnie pacjentów. Tam też możecie zamieszczać w komentarzach pod pierwszym postem swoje zdjęcia z naklejką i pacjentami, do czego gorąco zachęcamy.

#LeczymyMimoWszystko. ■

Porozumienie Organizacji Lekarskich zostało zawarte 28 stycznia 2012 r. w Poznaniu. W jego skład weszły wówczas organizacje i środowiska lekarskie, które nawiązały spontaniczną współpracę w czasie tzw. protestu pieczętkowego.

W listopadzie 2020 r. POL reaktywowano. Obecnie tworzy je Naczelna Izba Lekarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie, Porozumienie Chirurgów Skalpel, Porozumienie Rezydentów.

POSTULATY



www.leczymymimowszystko.pl



ZAGWARANTUJJCIE WSZYSTKIM MEDYKOM ŚRODKI DO LECZENIA I OCHRONY NIEZALEŻNIE OD TYPU PLACÓWKI

Wielu z nas ma zagwarantowane w pracy tylko zwykłe maseczki, nie ma śluz i testów SARS-CoV-2. Dlatego, aby się nie zakazić, sami kupujemy środki ochronne, a wszyscy wiemy, że nie tak powinna wyglądać walka personelu medycznego z problemami zdrowotnymi Polaków w czasie pandemii COVID-19.



ZAGWARANTUJJCIE UBEZPIECZENIA PERSONELU MEDYCZNEGO NA WYPADEK TRWAŁEJ CHOROBY NABYTEJ W TRAKCIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ LUB ŚMIERCI

Medycy też mają rodziny. Co z nimi się stanie, gdy w wyniku pracy na pierwszej linii frontu umrzemy lub będziemy trwale niezdolni do pracy? Ubezpieczenie COVID-19 jest niezbędne dla lekarzy, aby bez niepotrzebnego stresu walczyli o zdrowie pacjentów.



ZMIĘNIĆ ORGANIZACJĘ SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PROCEDURY ORGANIZACYJNE W COVID-19

Leczenie pacjentów często jest traktowane fragmentarycznie, a nie jako spójny proces. Ostatnią deską ratunku są zwykle SOR-y, które zamiast zajmować się stanami nagłymi, łatają dziury w systemie. Jeśli chodzi o organizację pracy i procedury organizacyjne, to podczas pandemii każda placówka działa wg własnych kryteriów i reguł. Tam, gdzie jest kompetentny manager, system w danej placówce działa w większości sprawnie i klarownie zarówno dla personelu, jak i pacjentów, ale tam, gdzie go nie ma, ludzie niepotrzebnie się narażają, a pacjenci borykają się z wieloma problemami, bo system nie działa.



ZAGWARANTUJJCIE BEZPIECZEŃSTWO PRAWNE LEKARZOM ZGŁASZAJĄCYM POWIKŁANIA, A PACJENTOM SZYBKĄ ŚCIEŻKĘ NAPRAWY SZKODY

Obowiązujące prawo zakłada, że lekarz nie może się nieumyślnie pomylić, leczenie niemal nie może przynieść powikłań, a każda sytuacja niepożądana, mimo że jest niezawiniona, obciąża lekarza. Tworzy to warunki pracy pod presją, pochłania czas na sprawy sądowe i wyjaśnienia, sprzyja ukrywaniu błędów, przez co organizacje nie wyciągają wniosków, nie uczą się, nie doskonalą procedur, by liczba powikłań i zdarzeń niepożądanych była coraz mniejsza. Cierpią na tym i pacjenci, i medycy.

Tymczasem z danych Prokuratury Krajowej wynika, że tylko w przypadku ok. 7 proc. spraw, które zakończyły się wydaniem decyzji merytorycznej, sformułowano akt oskarżenia.



ZAGWARANTUJJCIE PRZEJRZYSTE I JEDNOZNACZNE ZASADY WYNAGRADZANIA

Medialne doniesienia o wynagrodzeniach nijak mają się do rzeczywistości. Dotyczy to zarówno wynagrodzenia lekarzy pracujących z pacjentami z COVID-19, jak

i udzielających pomocy poza COVID-19. Podstawa wynagrodzenia brutto pracy lekarskiej to 6750 zł. Rzadko kiedy personel lekarski wynagradzany jest lepiej, a obiecane medykom środki najczęściej nie są wypłacane w przedstawiany przez decydentów sposób.



NIE KAŻDIE NAM OKREŚLAĆ I ODPOWIADĄC ZA WYSOKOŚĆ REFUNDACJI WYPISYWANEGO LEKU

Obecnie lekarz ponosi odpowiedzialność za określenie wysokości refundacji leku. Lekarz ma zajmować się pacjentem, rozpoznawać choroby i ordynować leki, a nie poświęcać czas na ustalanie poziomu odpłatności. Świadczeniodawca ani lekarz nie mogą odpowiadać finansowo za błędne określenie wysokości refundacji leku.



OGRANICZCIE BIUROKRACJĘ

Obecnie lekarz musi poświęcać więcej czasu na prowadzenie dokumentacji medycznej niż na rozmowę z pacjentem. Wytwarza się tony papieru, które nie przybliżają pacjenta do zdrowia. W ten sposób nie skraca się czasu oczekiwania na pomoc lekarską i pielęgniarską i na pewno nie podnosi jakości wizyt.



ZAGWARANTUJJCIE WZROST WYDATKÓW NA OCHRONĘ ZDROWIA DO POZIOMU 6,8% PKB, NIE WLICZAJĄC W TO WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z EPIDEMIA JUŻ W 2021 R.

Na walkę z COVID-19 wydano duże kwoty, choć nie zawsze przeznaczone na ten cel środki były pożytkowane właściwie. I choć zawartość „tabelek” obrazujących finansowanie ochrony zdrowia będzie się zgadzała, system jest skrajnie niedofinansowany. Oczekujemy:

- przedłożenia jak najszybciej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w którym zmieniony zostanie art. 131c ust. 1 – „nie niższe niż 6,8%” oraz pkt 4 – 6,8% od 2021 r., która nie będzie uwzględniała wydatków związanych z COVID-19;
- uwzględnienia zmian w dalszej części tekstu projektowanej ustawy, mających na celu wzrost odsetka PKB do 9,5% w 2030 r.;
- uczciwej redystrybucji tych środków, zapewniającej krótszy czas oczekiwania na świadczenia, wyższy poziom leczenia, godne warunki pracy i lepsze wynagrodzenia dla personelu.



ZAGWARANTUJJCIE KLAROWNY PROCES REKRUTACJI NA SPECJALIZACJĘ I KIEROWANIA NA REZYDENTURĘ ORAZ JASNO OKREŚLONY PRZEBIEG SZKOLENIA

COVID szczególnie zaszkodził młodym lekarzom w zdobywaniu ich umiejętności – z uwagi na trudności z odbywaniem staży zewnętrznych i ograniczoną ilością procedur wykonywanych w jednostkach szkolących. ■

WWW.LECZYMIMIMOWSZYSTKO.PL

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Priorytetem osoby z grupy „0”

W związku z napływającymi do Wielkopolskiej Izby Lekarskiej sygnałami o wstrzymywaniu szczepień przeciwko COVID-19 dla osób uprawnionych z grupy „0”, Prezydium ORL podjęło 19 stycznia br. stanowisko, w którym podkreśla, że szczepienie personelu medycznego ze wszystkich podmiotów udzielających pomocy chorym, w tym: szpitali, POZ, AOS, praktyk przy-

watnych, jest sprawą priorytetową dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce. Zdaniem Prezydium ORL rządzący powinni uznać kontynuację szczepień przeciwko COVID-19 dla osób uprawnionych z grupy „0” za priorytetową, gdyż zabezpieczenie personelu medycznego w zakresie zakażeń COVID-19 to gwarancja dla bezpieczeństwa pacjentów. ■



COVID zabija – zaszczep się!

Pod koniec grudnia wystartowała wspólna akcja edukacyjno-informacyjna Śląskiej Izby Lekarskiej i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, której celem jest promocja szczepień przeciw COVID-19 w regionie i przekazanie rzetelnej wiedzy o szczepionkach.

– Chcemy wspólnym działaniem przekonać do szczepień nieprzekonanych – tłumaczy prezes ORL w Katowicach Tadeusz Urban. Do udziału w kampanii „COVID zabija – zaszczep się!” zaproszono osoby różnych profesji o znanych w

regionie twarzach i nazwiskach, budzących zaufanie i wiarygodność (m.in. prof. Karolina Sieroń, dr hab. n. med. Jerzy Jaroszewicz, prof. Edward Wylęgała, ale także Krzysztof Hanke, Robert Małowicz czy Marta Fox). Ambasadorzy w krótkich filmach zachęcają do szczepień przeciw COVID-19. Wszystkie nagrania z ambasadorami kampanii można obejrzeć na stronie internetowej ŚIL, klikając w baner „Zaszczep się” oraz na profilu ŚIL na Facebooku. Projekcje z ich udziałem osiągnęły niemal milion wyświetleń. ■

Oświadczenie lekarza WIL

Wielkopolska Izba Lekarska informuje o złożeniu przez dr. n. med. Krzysztofa Rożnowskiego, członka WIL, oświadczenia w sprawie jego rzekomego podpisania się pod listem kwestionującym szczepienia przeciwko COVID-19. Dr Rożnowski napisał: „nigdy nie podpisywałem publikowanego w mediach listu otwartego do Prezydenta i Rządu RP w sprawie masowych szczepień przeciwko koronawiruso-

wi SARS-CoV-2 z dnia 30 listopada 2020 r. Nigdy nie podzielałem i nie podzielałem żadnego z poglądów głoszonych przez członków stowarzyszenia Wolne Wybory, którzy są autorami Listu. Wykorzystanie mojego nazwiska i umieszczenie go wśród sygnatariuszy nastąpiło bez mojej wiedzy i zgody. Naraziło to na uszczerbek moje dobre osobiste jako lekarza i człowieka, zatem zostały już podjęte stosowne kroki prawne”. ■

Problem ze szczepieniami kadry POZ

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie Robert Stępień zwrócił się do dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie o usprawnienie procesu zgłaszania personelu medycznego POZ do szczepień przeciwko COVID-19.

„Aktualnie różnorodne formy zgłaszania personelu do szczepień w tzw. szpitalach węzłowych oraz bezpośrednio przez stronę <https://szczepieniakadry.rcb.gov.pl/> nie generują potwierdzenia przyjęcia wysłanej listy i nie informują o planowanym terminie szczepienia” – czytamy w piśmie datowanym na 11 stycznia do Elżbiety Fryźlewicz-Chrapisińskiej.

Prezes ORL w Krakowie zwrócił też uwagę, że opóźnienia w szczepieniach mogą spowodować sytuację, w której niezaszczepiony jeszcze personel będzie szczepić pacjentów i zawnioskował o umożliwienie szczepienia kadry POZ w posiadanych przez te zakłady punktach szczepień na zasadach i warunkach przyjętych dla grupy „0” – po otrzymaniu szczepionek, w pierwszej kolejności.

Jaka była odpowiedź ze strony NFZ? Pełna treść korespondencji na stronie internetowej krakowskiej izby.

#KierunekSpecjalizacja

OIL w Warszawie organizuje dla młodych lekarzy zrzeszonych w izbie sesje online, dzięki którym będzie im łatwiej podjąć decyzję o wyborze specjalizacji. 45-minutowe sesje odbędą się pod koniec lutego. Każda z nich odbędzie się z lekarzem, który będzie opowiadał o danej specjalizacji i odpowiadał na zadawane pytania. Przewidziano wirtualne spotkania ze specjalistami z kilkunastu dziedzin medycyny, m.in. pediatrii, onkologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, endokrynologii, radiologii i psychiatrii. O udziale w sesjach decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc jest ograniczona. ■



100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

Ideologicznie niewygodni

Po wojnie komunistyczna władza w Polsce krok po kroku zmierzała do likwidacji samorządu lekarskiego.

W powojennej Polsce nadzieje samorządu lekarskiego, że zdoła przywrócić wypracowaną przed wojną pozycję, okazały się płonne. Komunistyczna władza, wychodząc z założenia, że lekarz może wpływać na światopogląd pacjentów, dążyła do umniejszenia jego roli w społeczeństwie, ograniczając mu prawa, gnębiąc podatkami i absurdalnymi przepisami administracyjnymi.

Samorząd lekarski, który szybko po wojnie podniósł się i z zapałem przystąpił do

działania, zdecydowanie sprzeciwiał się tego rodzaju praktykom, ale często były one zakamuflowane, siły były więc nierówne, zwłaszcza, kiedy rolę „niszczyciela” przejęło ówczesne Ministerstwo Zdrowia i urzędy zdrowia. O zawodowych losach lekarzy coraz częściej decydowali urzędnicy i tzw. wracze, którzy przybyli wraz z radzieckim wojskiem.

LEGISLACYJNE PRZEPYCHANKI

Działacz samorządu lekarskiego, doktor Józef Hornowski, (uczestnik prac na rzecz reaktywowania izb lekarskich w 1989 r.), rejestrujący najważniejsze,

dziś już historyczne, wydarzenia związane z funkcjonowaniem izb, pisał o trudnym okresie reżimu Bieruta tak: „Do końca 1945 r. Zarząd NIL zbierał się czterokrotnie. Uchwalił wówczas ważny projekt rozporządzenia MZiOŚ o ordynacji wyborczej do rad izb okręgowych, uporządkował sprawy dotyczące specjalizacji lekarskich, wydał zalecenia powoływania przez izby okręgowe rzeczników dyscyplinarnych, którzy mieli grupować się w kolegia rzeczników, w celu możliwie szybkiego prowadzenia dochodzeń i przygotowywania materiałów dla sądów dyscyplinarnych izb lekarskich”.

Zarząd NIL ustalił też, że tytułu doktora medycyny mogą używać tylko ci, którzy uzyskali go w wyniku przeprowadzenia przewodu doktorskiego. Stanowczo sprzeciwił się używaniu tytułu doktor przez felczerów oraz zajął stanowisko dotyczące prawa wyboru przez lekarza miejsca zamieszkania i wykonywania praktyki lekarskiej. 8 lutego 1946 r. pojawiły się pierwsze symptomy presji izb skarbowych na lekarzy (karty rejestracyjne), które miały cechy zaplanowanego niszczenia praktyki prywatnej lekarzy. Interwencja prezesa NIL i okręgowych izb lekarskich u ministra zdrowia w tej sprawie pozostała jednak bez odpowiedzi. 15 lutego 1946 r. NIL oficjalnie wystąpił w obronie wolnego zawodu lekarza, który opatentowano, nakazując obowiązkowe zakładanie kart rejestracyjnych. Tym razem także nikt z resortu zdrowia nie odpowiedział na argumenty samorządu, który przypominał, że wprowadzanie tego rodzaju obowiązku nie ma prawnego uzasadnienia, gdyż ustawa o izbach lekarskich nie przewiduje posiadania przez lekarzy świadectw przemysłowych (lekarz wolno praktykujący nie posiada warsztatu, w którym zatrudniałby pracowników). Ten brak reakcji zaniepokoił Zarząd NIL.

W SŁUŻBIE ZDROWIA

Podczas pierwszych powojennych posiedzeń NIL uchwalono także wydawanie miesięcznika „W służbie zdrowia” jako organu Naczelnej Izby Lekarskiej, izb okręgowych i Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Pierwszy numer pisma wyszedł 1 lutego 1946 r. To był sukces, ponieważ zakładano, że stanie się ono nie tylko źródłem informacji o tym, co robią izby, ale też w jakim kierunku zmierza polityka samorządu lekarskiego i jaka jest wizja jego dalszej działalności. W Komitecie Redakcyjnym zasiadał m.in. prof. Mieczysław Michałowicz (prezes NIL, który po powrocie z obozu natychmiast włączył się w działania izby), Kazimierz Bacia, ówczesny prezes Warszawsko-Białostockiej Izby Lekarskiej, ale też dr Marcin Kacprzak, orędownik filozofii „lekarz w służbie człowiekowi”, która okazała się przykrywką dla niszczących środowisko lekarskie działań rządzących (centralizacja lecznictwa, upartyjnienie, tworzenie mechanizmów kontroli lekarzy) i Jan Rutkiewicz, który niechłubnie zapisał się



Budynek szpitala praskiego w Warszawie, 1946 r.

w historii jako ten, który przyłożył rękę do likwidacji samorządu lekarskiego w 1950 r.

To był kolejny sygnał, że władza chce oddziaływać na samorząd nie tylko poprzez decyzje administracyjne, ale wprowadzając w jego szeregi swoich ludzi. W pierwszym numerze „W służbie zdrowia” opublikowano więc obszerny artykuł autorstwa Jana Rutkiewicza i Ludwika Rostkowskiego, działającego w strukturach NIL na zasadzie przypisania go do Naczelnej Izby Lekarskiej przez ówczesne władze, pt. „Odbudowa opieki lekarskiej w Polsce na nowych podstawach”.

Tekst przedstawiał centralistyczny model lecznictwa nazwany Powszechną Służbą Zdrowia (PSZ). Ujawniono w nim podległość i zależności, a autorzy artykułu nie kryli

jego politycznego charakteru. Stałą pozycją pisma był „Dział urzędowy izb lekarskich”, w którym samorząd przedstawiał swoje stanowiska w różnych sprawach. W pierwszym numerze NIL pozytywnie ustosunkował się do wskrzeszenia przez władze Ministerstwa Zdrowia,

licząc na wsparcie resortu. „Rola społeczna i narodowa Ministerstwa Zdrowia jest ważna i wyrażamy swoje poparcie dla jego działań, mając nadzieję, że przyniosą one Ojczyźnie i środowisku lekarskiemu wszystko, co najlepsze”. Wówczas nikt jeszcze nie podejrzewał, że to właśnie resort zdrowia będzie głównym „niszczycielem” tego środowiska.

**Od początku
komunistyczne
władze stosowały
wobec samorządu
lekarskiego
politykę
niszczycielską.**

„SŁUŻBA ZDROWIA”

Do końca 1946 r. wyszło 10 numerów „W służbie zdrowia” dokumentującego powojenne działania samorządu lekarskiego i narastanie trudności w działaniu izb. W 1947 r. było to jedyne pismo społeczno-lekarskie. Władze przestały jednak dotować jego wydawanie, a finansowanie go ze składek lekarskich w tamtych czasach było niemożliwe. Wstrzymanie dotacji było zamierzone. Od 22 lipca 1949 r. zaczęto wydawać nowe pismo pt. „Służba Zdrowia”, co zbiegło się z likwidacją pisma samorządowego. Na cel nowego tytułu, zbliżonego nazwą do zlikwidowanego, co także było celowym zabiegiem, przejęto moce drukarskie i przydział papieru.

„Służba zdrowia” powstała jako organ Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia. To był kolejny krok zmierzający do umniejszenia roli samorządu lekarskiego. Pismo okazało się narzędziem propagandowym służącym do atakowania opornych i nieposłusznych lekarzy wobec stosowanej wobec nich polityki ucisku. Już w pierwszym numerze na pierwszych stronach dr Walenty Titkow, dyrektor Departamentu w Ministerstwie Zdrowia, grzmiał, że jak najszybciej należy wprowadzić w życie normy rozmieszczenia lekarzy, a ci, którzy się w nich nie mieszczą, będą musieli w ciągu 6 miesięcy opuścić miasta i przenieść się w miejsca, gdzie normy zatrudnienia nie są wypełnione. Titkow przekonywał, że czekają tam na nich robotnicy i chłopcy pozbawieni opieki medycznej, więc jest to społecznie uzasadnione.

GRA POZORÓW

Od początku komunistyczne władze stosowały wobec samorządu lekarskiego politykę niszczycielską. Robiono to jednak w wyrafinowany sposób, zachowując pozory. Chcąc uspić czujność środowiska lekarskiego, 21 grudnia 1946 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie o powołaniu okręgowych izb lekarskich, na mocy którego powstały: Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, obejmująca zasięgiem województwa: warszawskie, białostockie i olsztyńskie, OIL w Katowicach (woj. śląskie), OIL w Krakowie (woj. krakowskie, kieleckie i rzeszowskie), OIL w Lublinie (woj. lubelskie), OIL w Łodzi (woj. łódzkie), OIL w Poznaniu (woj. poznańskie), OIL w Sopocie (woj. gdańskie, szczecińskie i pomorskie), OIL we Wrocławiu (woj. wrocławskie).

Rozporządzenie sankcjonowało istniejący przed wojną stan rzeczy, uwzględniając zmiany administracyjne dotyczące

nazewnictwa województw. Niestety nie zrealizowano najważniejszej części tego aktu prawnego – nie powołano zarządów izb, czyli aparatów wykonawczych. Dawał on wprawdzie podstawę prawną do wykonywania ich statutowych uprawnień, ale działały one w dalszym ciągu w oparciu o ustawę z 15 marca 1934 r. Władzy nie spieszyło się z przygotowaniem aktów wykonawczych umożliwiających izbom normalne funkcjonowanie, np. powołanie sądów lekarskich. W kompetencji izb było m.in. sądownictwo zawodowe oparte na zasadzie wybieralnych dwuinstancyjnych rzeczników odpowiedzialności zawodowej i dwuinstancyjnych sądów lekarskich. Zaplanowana przez władzę zwłoka w ich powołaniu przy izbach okręgowych i NIL sprawiła, że sądownictwo lekarskie nie funkcjonowało. To był kolejny cios wymierzony przez MZ w samorząd lekarski.

NA MARGINES

Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. lekarzom materialnie wiodło się w Polsce źle. Zarabiali tak mało, że często ich wynagrodzenia porównywano do woźnych w urzędach gminnych. Jednak ich sytuacja bytowa była wówczas spowodowana biedą będącą pokłosiem zaborów, a nie zamierzonymi działaniami

rzządzających. Po II wojnie światowej niszczenie ekonomiczne lekarzy było intencjonalne.

W sprawozdaniu NIL z lat 1946-1947 sprawy socjalne znalazły się na pierwszym miejscu. Działająca przy naczelnej izbie Główna Komisja Bytu powołała Biuro Pośrednictwa Pracy, by pomóc znaleźć bezrobotnym lekarzom zatrudnienie. Paradoksalnie, choć lekarzy było za mało, pracę, szczególnie na stanowiskach kierowniczych, dostawały osoby związane z partią. Komisja krytykowała poziom przygotowania zawodowego protegowanych lekarzy, miała też zastrzeżenia co do przestrzegania zasad etyki lekarskiej, postulowała więc, by decyzje kadrowe były konsultowane z NIL. Występowała także z postulatami płacowymi dla lekarzy.

Na zgromadzeniu, które odbyło się w 1947 r., prof. Mieczysław Michałowicz porównał wynagrodzenia lekarzy do pensji otrzymywanych przez cyrulików i fryzjerów. Powiedział wówczas: „Występowanie do Ministerstwa Zdrowia o polepszenie warunków bytu lekarzy jest traktowane jako zmateriałowienie stanu lekarskiego, a jest to tylko prosta konieczność, mus zaspokojenia potrzeb biologicznych na poziomie odpowiadającym aktualnym kosztom utrzymania”.

Wprawdzie rok wcześniej wskutek nacisków samorządu lekarskiego odbyło się

w resorcie zdrowia spotkanie w sprawie płac (NIL reprezentował dr Adam Huszcza), na którym proponowano wzrost stawki dla lekarza za godzinę pracy do 3 tys. zł plus dodatki za wysługę lat i pełnioną funkcję, ale nigdy ta propozycja nie została zrealizowana.

Świąteczkiem w tunelu było ukazanie się we wrześniu 1947 r. zarządzenia MZ powołującego rady i zarządy izb okręgowych oraz NIL, ale posłużyło ono głównie do pozbycia się niewygodnych działaczy samorządowych, m.in. prof. Mieczysława Michałowicza, którego zastąpił dr Jan Rutkiewicz, zaufany człowiek partii. Nie zachowały się sprawozdania z tych wyborów, nie wiadomo więc, jaki miały przebieg. Prawdopodobnie celowo je usunięto. Na tych samych zasadach w izbach okręgowych wybierano nowych prezesów. Te wydarzenia także są skąpo udokumentowane. Nowy prezes NIL Jan Rutkiewicz pełnił jednocześnie funkcję przewodniczącego Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, stworzonego przez władze i podporządkowanego dyrektywom partyjnym. Cel stawał się coraz bardziej oczywisty – likwidacja samorządu lekarskiego. ■

Materiały źródłowe:
„Lekarskie drogi 1944-1956”, Zygmunt Wiśniewski
„Odrodzony stan lekarski”, praca zbiorowa
„Kronika Izb Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”, Zygmunt Wiśniewski

WSPOMNIENIE

Prof. Bogdan Kamiński (1929-2021)

Teresa Korta

W nocy z 5 na 6 stycznia – po długim, pracowitym życiu – zmarł w wieku niemal 92 lat prof. Bogdan Kamiński, anestezjolog.

Bogdan Kamiński urodził się 3 marca 1929 r. W wieku niemowlęcym zachorował na polio, co spowodowało trwające przez całe życie kalectwo. Mimo to prowadził bardzo aktywne życie. Początki jego praktyki zawodowej przypadły na okres dynamicznego rozwoju anestezjologii – tak na świecie, jak i w Polsce. Doktor Kamiński skończył się początkowo w zakresie znieczulenia ogólnego w Paryżu w Hospital Vaugirard u dr. Huguenarda i u prof. Henri Laborit, a następnie w Glasgow.

Trudno oddzielić jego życie od dziejów warszawskiej anestezjologii akademickiej. Zorganizował w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 (obecnie: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus) szpitalny zespół anestezjologów, który został przekształcony w Zakład Anestezjologii PSK 1. W 1964 r. Kamiński

uzyskał II stopień specjalizacji, a w następnym roku doktoryzował się. W 1968 r. odbył ośmiomiesięczny staż w Bostonie. W 1971 r. habilitował się, a w 1981 r. został prof. nadzwyczajnym. W tym samym roku w Akademii Medycznej w Warszawie powołano Katedrę Anestezjologii i Intensywnej Terapii, której został kierownikiem. W 1986 r. został prof. zwyczajnym.

Prof. Bogdan Kamiński zajmował się wieloma działaniami, a znaczna ich część dotyczyła nauczania. W 1965 r. powołał studenckie anestezjologiczne koło naukowe (ANKONA), które stało się kuźnią kadr anestezjologicznych. W ramach kształcenia studentów zorganizował także ich szkolenie w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego, co pozwoliło na uruchomienie stałego ostrego dyżuru chirurgicznego we wszystkich szpitalach warszawskich. W latach 1971-1974 był prezesem Towarzystwa Anestezjologów Polskich, był też członkiem

Nadzoru Specjalistycznego, a w latach 1980-1982 kierował zespołem ds. medycyny niekonwencjonalnej przy Ministrze Zdrowia. W latach 1979-1985 był wiceprezesem ZG Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, gdzie odpowiadał za reaktywowanie samorządu lekarskiego.

Prof. Kamiński, znając biegle kilka języków obcych, był najwyższej klasy tłumaczem licznych podręczników w zakresie anestezjologii, intensywnej terapii i innych dziedzin medycyny. Był też autorem wielu prac naukowych, a także redaktorem czasopism i książek. Był promotorem wielu prac doktorskich i habilitacyjnych. Był nie tylko doskonałym dydaktykiem, ale też znakomitym wychowawcą młodzieży medycznej. Wykształcił co najmniej 300 specjalistów anestezjologii.

Nam, Jego uczniom, wychowankom, a w końcu współpracownikom, zawsze będzie Go brakowało. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Nieprawdziwa wypowiedź rektora WUM

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski zwrócił się do rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Zbigniewa Gacionga o sprostowanie nieprawdziwych informacji, które ukazały się w wywiadzie „Moje odejście byłoby błędem”, opublikowanym w „Dzienniku Gazecie Prawnej” 18 stycznia br.

Chodzi o fragment wywiadu, w którym prof. Gaciong stwierdził, że: „(...) Minister Zdrowia, który publicznie nawołuje mnie do dymisji, ma do mnie inny żal (...), że wziąłem udział w konferencji prasowej okręgowej izby lekarskiej w rocznicę protestu rezydentów na terenie WUM. Zaproszono mnie, a potem okazało się, że to polityczna manifestacja, było wygrażanie pięściami, wysyłanie worków na zwłoki do ministerstwa. To bardzo

dotknęło ministra Niedzielskiego – sam mi to mówił”.

Łukasz Jankowski wskazuje, że konferencja prasowa, o której wspomina prof. Gaciong, miała na celu zwrócenie uwagi na bieżące problemy ochrony zdrowia, a idea kampanii społecznej zainaugurowanej na tym spotkaniu oraz udział w samej konferencji rektora WUM były wcześniej omówione.

„Nie mogę zgodzić się z faktem, że mówienie w sposób merytoryczny o aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia jest – jak mówi Pan Rektor w wywiadzie – polityczną manifestacją. Nieprawdą jest również rozpowszechniana przez Pana Rektora informacja o wygrażaniu pięściami w trakcie konferencji czy też w ogóle – w trakcie kampanii społecznych czy jakichkolwiek działań inicjowanych lub prowadzonych

przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie” – napisał Łukasz Jankowski w piśmie do prof. Gacionga.

Prezes warszawskiej izby odniósł się też do informacji o „wysyłaniu worków na zwłoki do ministerstwa”. „Informuję Pana, że żadna tego typu aktywność ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie NIGDY nie miała miejsca. Stądowczo protestuję przeciwko próbom obarczenia Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie odpowiedzialnością za obecny konflikt na linii Minister Zdrowia – Rektor WUM” – czytamy w korespondencji do prof. Gacionga.

Rektor WUM w opublikowanym 19 stycznia oświadczeniu wyraził ubolewanie z powodu swojej „niefortunnej wypowiedzi” i zapewnił, że jego zamiarem nie było urażenie członków OIL w Warszawie. ■

30 lat „Medicusem”



Biuletyn Lubelskiej Izby Lekarskiej ma już 30 lat! Pierwszy numer „Medicusa” ukazał się w grudniu 1990 r. Wówczas było to pismo bardzo skromne pod względem poligraficznym, a jego objętość to było zaledwie kilkanaście stron. Od tamtego czasu wiele się zmieniło. Obecnie biuletyn niemal podwoił swoją objętość, wydawany jest 9 razy w roku, a jego bogatym uzupełnieniem jest na bieżąco uaktualniana strona internetowa. „Medicus” jest także obecny na Facebooku i Twitterze.

Kartki dzieci lekarzy

Z okazji świąt Bożego Narodzenia wiele izb lekarskich zorganizowało konkursy dla dzieci lekarzy i lekarzy dentyistów na wykonanie kartek świątecznych. Inicjatywę podjęła m.in. OIL w Gdańsku, OIL w Łodzi, Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska, Śląska Izba Lekarska. Informacje o laureatach, a także prace konkursowe są dostępne na stronach internetowych i w biuletynach okręgowych izb lekarskich. Serdecznie gratulujemy wszystkim małym artystom! ■



Zwycięska praca w konkursie „Świąteczne Ilustracje” Śląskiej Izby Lekarskiej, Tymon Stolecki – lat 6

DOSKONALENIE ZAWODOWE W NIL

Szkolenia na czas pandemii



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Ubiegły rok był bardzo pracowity dla Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej. Mimo problemów związanych z koronawirusem udało się zrealizować niemal 200 szkoleń, w których udział wzięło niemal 4,5 tys. medyków.



Postępująca izolacja życia codziennego, związana z wybuchem pandemii na początku 2020 r., blokowała wiele rodzajów aktywności i wymusiła przejście na pracę zdalną. Do funkcjonowania w nowej rzeczywistości musiał też – i to szybko – przystosować się Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL, zajmujący się organizacją szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Trzeba było w całości przejść na funkcjonowanie w trybie online, co udało się przeprowadzić bardzo sprawnie. Zdecydowano się także na wprowadzenie tzw. workshopów,

dzięki którym uczestnicy mogli w małych grupach pracować w sieci i aktywnie uczestniczyć w danym szkoleniu.

NA SYTUACJE KRYZYSOWE

Dostosowano także tematy kursów do aktualnych potrzeb lekarzy. Rozprzestrzeniający się po kraju wirus SARS-CoV-2 stawał się bowiem coraz większym wyzwaniem. Izolacja, przejście w dużej mierze na komunikację zdalną z chorymi, trudna, nierówna walka o życie pacjentów, przeciążenie pracą, brak wystarczającej ilości środków ochrony indywidualnej, a potem fala hejtu i oskarżenia o roznoszenie „zarazy” – to wszystko wpływało na ogromne obciążenie medyków.

Dlatego już w pierwszym półroczu uruchomione zostały szkolenia z radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, zarówno te obejmujące tematykę prawną (np. jak bronić własnego imienia i czci), a także z zakresu doskonalenia/nabywania tzw. kompetencji miękkich, dzięki którym lekarz zdobywa umiejętności ułatwiające dobrą komunikację w trudnych sytuacjach zarówno z pacjentem, jak i osobami, z którymi pracuje na co dzień, co ma niebagatelny wpływ na komfort pracy i łagodzenie konfliktów podczas wykonywania zawodowych obowiązków.

Lekarze i lekarze dentyści mogli także wziąć udział w kursie dotyczącym

prawnych i praktycznych uwarunkowań funkcjonowania telemedycyny, która – siłą rzeczy – w ubiegłym roku stała się niezwykle popularna, ale też problematyczna w praktycznym zastosowaniu. Potrzeba poszerzenia wiedzy na ten temat jest duża, co było widać po liczbie osób zgłaszających się na to szkolenie.

Dostępne były również szkolenia obejmujące tematykę zarządzania kryzysowego w szpitalu, klinice, na oddziale czy w prywatnym gabinecie. Uczestnicy podczas takich zajęć zdobywali wiedzę z zakresu m.in. skutecznego mobilizowania swojego zespołu i szybkiego podejmowania trafnych decyzji w sytuacjach kryzysowych, a także radzenia sobie ze stresem własnym i podwładnych.

Pod koniec roku uruchomiono cykl szkoleń z udziałem dr. Pawła Grzesiowskiego, eksperta Naczelnej Rady Lekarskiej ds. walki z COVID-19, na temat aktualnej sytuacji epidemicznej oraz aspektów klinicznych pracy z chorymi na COVID-19, a także organizacji opieki nad pacjentami i bezpieczeństwa personelu medycznego. Był to jeden z najpopularniejszych kursów dostępnych w ofercie ODZ NIL w 2020 r. Wzięło w nim udział w sumie ponad 560 osób.

PRAWO I SZTUKA KOMUNIKACJI

Ośrodek szkolił też w sprawach niezwiązanych z COVID-19. Były to szkolenia zarówno dla lekarzy i lekarzy dentystów jako pracowników medycznych, ale też dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi. Szkolenia obejmowały w sumie kilkadziesiąt różnych tematów, m.in. z obszaru dokumentacji medycznej i e-dokumentacji, kontraktów w ochronie

zdrowia, prawa pracy, odpowiedzialności lekarza za źle wystawione recepty, a nawet sztuki negocjacji.

Absolutnym hitem okazały się kursy specjalizacyjne z prawa medycznego, który ODZ NIL zrealizował dla CMKP

Absolutnym hitem okazały się kursy specjalizacyjne z prawa medycznego, który ODZ NIL zrealizował dla CMKP.

(jeden z nich udało się przeprowadzić stacjonarnie w siedzibie NIL, a pozostałe odbyły się na platformie edukacyjnej CMKP). Ośrodek już kolejny rok oferował także – ciesząc się niesłabnącą popularnością zwłaszcza wśród lekarzy dentystów – szkolenia z ochrony radiologicznej pacjenta.

PROJEKTY UNIJNE

Poza bogatą ofertą szkoleń własnych (finansowanych w całości z budżetu NIL) ODZ zorganizował także kursy w ramach realizowanych projektów unijnych. Pierwszy z nich dotyczył szkoleń z zakresu wczesnej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, chorób i zaburzeń psychicznych, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego oraz warsztatów z komunikacji w relacji lekarzy rodzinnych z lekarzami innych specjalizacji. Drugi ze zrealizowanych projektów UE to szkolenia dla fizjoterapeutów, obejmujące doskonalenie kwalifikacji zawodowych i kompetencji miękkich. ■



<https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia>



<https://www.facebook.com/ODZLIL>

KOMENTARZ



Artur Drobnik

p.o. kierownika
ODZ NIL

Naszym priorytetem jest zainteresowanie szkoleniami jak największej liczby lekarzy i lekarzy dentystów. W ubiegłym roku rozszerzyliśmy tematykę kursów i otworzyliśmy się na nowych prowadzących, dzięki czemu szkolenia stały się jeszcze bardziej atrakcyjne dla odbiorcy. W przypadku niektórych z nich zainteresowanie wrosło kilkukrotnie w stosunku do lat poprzednich. Dwa lata temu w szkoleniach ODZ wzięło udział niecałe 2 tys. osób, a w ubiegłym roku – prawie 4,5 tys. W tym roku chcielibyśmy osiągnąć podobny poziom. Marzę, aby na każdy kurs było więcej chętnych niż dostępnych miejsc. Jesteśmy coraz bliżej tego celu. Jednocześnie apeluję do lekarzy, którzy zapisują się na kurs, a potem nie mogą w nim uczestniczyć, aby zgłosili ten fakt, ponieważ są kolejni chętni na to miejsce i szkoda pozbawiać ich możliwości wzięcia udziału w szkoleniu.

Dotychczas wiele naszych szkoleń dotyczyło tzw. kompetencji miękkich. Chcielibyśmy, aby w przyszłości nasza oferta rozszerzała się bardziej proporcjonalnie względem innych tematów. Oczywiście nie rezygnujemy z kursów dotyczących samodoskonalenia, ale chcemy postawić również na szkolenia zarządcze dla pracodawców/kierowników zespołów medycznych oraz te z zakresu prawa medycznego, a także stricte naukowe/zawodowe, np. z telemedycyny czy ochrony radiologicznej pacjenta. W tym roku na pewno będą kontynuowane m.in. szkolenia z dr. Pawłem Grzesiowskim na temat COVID-19. Planujemy też organizację kursów ze szczepień ochronnych. Gwarantuję, że każdy lekarz będzie mógł znaleźć coś ciekawego dla siebie, aby niezależnie od wieku i zajmowanego stanowiska mógł dzięki ODZ pogłębiać swoją wiedzę i doskonalić kompetencje zawodowe.

Do końca br. ma też powstać centrum szkoleniowo-konferencyjne NIL, które pozwoli ośrodkowi rozwinąć skrzydła. Chcemy organizować eksperckie konferencje, podczas których będą wypracowywane rekomendacje i zasady postępowania w praktyce klinicznej, a także propozycje niezbędnych zmian legislacyjnych w polskim prawie dotyczących ochrony zdrowia. Bardzo chcielibyśmy, chociaż częściowo, powrócić w tym roku do szkoleń stacjonarnych, ale wszystko zależy od sytuacji epidemicznej w kraju.

Zachęcam do śledzenia aktualnej oferty szkoleń publikowanych na stronie internetowej NIL, a także na naszym fanpage'u na Facebooku oraz na łamach „Gazety Lekarskiej”. Wszystkim dotychczasowym uczestnikom serdecznie dziękuję i zapraszam po więcej. Jeśli jesteście Państwo zadowoleni ze szkoleń, polecam je swoim kolegom i koleżankom. ■

Ośrodek Doskonalenia Zawodowego NIL został powołany przez NRL w 2008 r.

Znajdujące się w jego ofercie szkolenia są bezpłatne, a uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Można wziąć udział w dowolnej liczbie szkoleń. Ośrodek, poza prowadzeniem kursów, zajmuje się także zbieraniem i opiniowaniem wniosków o dotacje do doskonalenia zawodowego

organizowanego przez okręgowe izby lekarskie.

Kontakt z biurem ODZ NIL:
odz@hipokrates.org.

Aktualna oferta szkoleń ODZ NIL pod linkiem
<https://nil.org.pl/dla-lekarzy/kursy-i-szkolenia>
oraz na fanpage'u ośrodka na Facebooku

Początek za nami

Od kilku tygodni trwają szczepienia przeciw COVID-19, co – zgodnie z uchwalonym przez rząd Narodowym Programem Szczepień – jest realizowane etapami.

Informacja o zaszczepieniu jest wprowadzana do e-Kart Szczepień w systemie P1.

27.12.

rozpoczęły się szczepienia przeciw COVID-19 w większości krajów UE. Pierwsza partia (prawie 10 tys. dawek) dotarła do Polski drugiego dnia świąt Bożego Narodzenia, rozdysponowano ją do 72 tzw. szpitali węzłowych. Pierwszymi osobami, które przyjęły szczepienie, byli naczelna pielęgniarka i dyrektor CSK MSWiA w Warszawie.

15.01.

po północy ruszyła rejestracja na szczepienia dla seniorów, którzy skończyli 80 lat, a jednocześnie został uruchomiony formularz online umożliwiający zgłoszenie chęci szczepienia dla wszystkich osób powyżej 18. r.ż. Zainteresowanie było ogromne, w ciągu pierwszych 90 minut na infolinię NFZ zadzwoniono ponad 84 tys. razy.

22.01.

rozpoczęła się rejestracja na szczepienia osób powyżej 70. r.ż. Każdy pełnoletni obywatel naszego kraju może zarejestrować się na cztery sposoby: dzwoniąc na całodobową i bezpłatną infolinię (989), poprzez e-rejestrację dostępną na portalu pacjent.gov.pl, skontaktować się z wybranym punktem szczepień lub wysyłając SMS na numer 664 908 556 o treści: „SzczepimySie”.

25.01.

zainaugurowano szczepienia osób powyżej 80. r.ż., które wcześniej zostały zarejestrowane. Dzień wcześniej poinformowano, że rozdysponowano już wszystkie 3,1 mln szczepionek, które mają dotrzeć do Polski do 31 marca. Zgodnie z umową wynegocjowaną przez Komisję Europejską z producentami, do naszego kraju ma trafić taka ilość szczepionek.

431

niepożądane odczyny poszczepienne, z czego 367 o charakterze łagodnym (tj. zaczerwienienie oraz krótkotrwała bolesność w miejscu wkłucia) zostały zgłoszone do Państwowej Inspekcji Sanitarnej od pierwszego dnia szczepienia (tj. 27 grudnia) do 25 stycznia. W tym okresie w Polsce szczepionkę przyjęło kilkaset tysięcy ludzi.

300 tys.

połączeń na minutę – tak w szczytowym momencie wyglądał napór na bezpłatną infolinię NFZ ze strony osób, które chciały zarejestrować na szczepienie siebie lub swoich bliskich w dniu 22 stycznia, gdy ruszyły zapisy dla seniorów w wieku od 70 do 79 lat. Ta grupa liczy ok. 2,7 mln osób. Nic dziwnego, że system był przeciążony.

0,5 mln

osób z „grupy 0” było zaszczepionych 19 stycznia w okolicy południa. Czas szczepień tej grupy (głównie pracowników ochrony zdrowia, w tym lekarzy, oraz personelu pomocniczego i administracyjnego z placówek medycznych) wydłużył się m.in. w związku ze zmianą harmonogramu dostaw szczepionek przez jej producenta.

3 mln

osób, w tym wszyscy seniorzy powyżej 80. r.ż., którzy zadeklarują taką chęć, powinno być zaszczepionych przeciw COVID-19 do końca I kwartału – mówi pełnomocnik rządu ds. Narodowego Programu Szczepień Michał Dworczyk. W jego ocenie system oparty na ponad 6 tys. punktów pozwala szczepić 3,5-4 mln osób miesięcznie.

25 mln

dotychczasowych dawek szczepionek, poza standardowym kontraktem z Pfizerem poprzez tzw. mechanizm europejski, Polska zamówiła od pięciu różnych producentów w drugiej połowie stycznia. Wstępne ustalenia przewidują, że w pierwszym półroczu z tej puli trafi do nas 10 mln dawek. W zeszłym roku polski rząd zaakceptował ich ponad 62 mln.

Czy można zaszczepić osobę, która sama kupi sobie preparat za granicą? W Polsce na razie nie przewiduje się takiej możliwości. „Szczepionka nie funkcjonuje na wolnym rynku i nie można jej kupić” – czytamy na rządowej stronie internetowej **gov.pl**. Na terenie UE obowiązują szczepionki zaakceptowane przez Europejską Agencję Leków, które są „kontraktowane centralnie i dystrybuowane bezkosztowo”.

Fiolka nadziei



Nowy rok witaliśmy z wiarą w to, że będzie inny od minionego, naznaczonego piętnem koronawirusa i lawiną negatywnych skutków pandemii, ale pierwsze tygodnie 2021 r. szybko sprowadziły nas na ziemię.

Mariusz Tomczak
dziennikarz

Powinniśmy być przygotowani na różne scenariusze rozwoju pandemii COVID-19. Sytuacja, mimo coraz większej wiedzy o wirusie SARS-CoV-2 i coraz lepszych narzędziach wspomagających jej gromadzenie oraz interpretację, wydaje się w znacznym stopniu nieprzewidywalna. Zależy bowiem zarówno od działań, na które mamy wpływ, jak i czynników, na które można wpływać w sposób ograniczony lub nie da się wpłynąć w ogóle.

– Nasza przyszłość znajduje się w fiolce – powiedział minister zdrowia Adam Niedzielski podczas konferencji prasowej, na której premier Mateusz Morawiecki poinformował o przyjęciu przez rząd „Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19”. Jego strategicznym celem, bez wątpienia optymistycznym i ambitnym, jest osiągnięcie poziomu zaszczepienia „umożliwiającego zapanowanie nad pandemią do końca 2021 r., przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa”. Program, przedstawiany jako jedno z największych wyzwań planistycznych, organizacyjnych i logistycznych od kilku dekad w zakresie zdrowia Polaków, nadaje ramy rozpoczętej w ostatnią niedzielę grudnia w Polsce, podobnie jak w większości państw UE, akcji szczepień przeciw COVID-19. – To historyczny moment – powiedziała naczelną pielęgniarka CSK MSWiA w Warszawie Alicja Jakubowska, pierwsza osoba zaszczepiona w naszym kraju. Zainaugurowała ona „etap 0” zaadresowany w dużej mierze do pracowników ochrony zdrowia, w tym lekarzy wykonujących indywidualną praktykę, oraz personelu pomocniczego i administracyjnego z placówek medycznych.

KOSZTY NA MARGINESIE

Zakup szczepionki jest finansowany z budżetu państwa, czyli głównie kieszeni polskich podatników, a ponad 62 mln dawek zakontraktowanych w ubiegłym roku temu ma kosztować 2,4 mld zł (ile zapłacimy za dodatkowe 25 mln dawek zamówionych w drugiej połowie stycznia na razie nie podano do

publicznej wiadomości). W porównaniu ze 103 mld zł przewidzianymi na świadczenia medyczne w planie finansowym NFZ na 2021 r. czy deficytem budżetu państwa szacowanym na 82,3 mld zł, ta kwota może nie robić wielkiego wrażenia, ale gdy zestawimy ją ze wzrostem wydatków budżetowych na ochronę zdrowia o 11,6 mld zł (w porównaniu z rokiem ubiegłym), to nie wydaje się taka mała. Sporo pochłaniają rozmaite działania związane z realizacją strategii szczepień prowadzone bezpośrednio i pośrednio przez urzędników, medyków i pracowników niektórych instytucji, przez co nie są oni w stanie równolegle podejmować się innych wyzwań. W skali kraju koszt utraconych możliwości z tego tytułu wydaje się znaczący, choć pewnie nigdy nie zostanie obliczony.

WYCISZONE PROBLEMY

Tak jak pandemia „przykryła” wiele problemów, odsuwając je na dalszy plan, tak od kilku tygodni szczepienia przeciw COVID-19 stały się najważniejszym tematem w debacie publicznej. Stosunkowo niewiele mówi się m.in. o stanie przygotowań do prawdopodobnej trzeciej fali pandemii m.in. dlatego, że w porównaniu do jesieni liczba zakażonych SARS-CoV-2 nie budzi wielkiej grozy w społeczeństwie. Tymczasem trzecia fala mogłaby przyhamować, a być może nawet sparaliżować akcję szczepień. Jest cicho o szpitalach tymczasowych utworzonych niemałym nakładem sił i środków jako bufor na czas, w którym trzecia fala może skrzyżować się ze szczytem zachorowań na grypę.

**W niektórych punktach
szczepień już od połowy
stycznia nie ma wolnych
terminów do końca marca.**

W znacznym stopniu są one puste, choć nie hula po nich wiatr, bo w kilku najpierw zaczęto szczepić medyków, a później niektórym placówkom nakazano przyłączenie się do realizacji „etapu I” szczepień. Na marginesie debaty publicznej są kolejne doniesienia z kraju i zagranicy wskazujące na to, że rzeczywisty odsetek populacji, który przeżył infekcję i posiada odporność przeciwko COVID-19, jest znacznie wyższy od oficjalnych statystyk, a powikłania u niektórych ozdrowieńców wymagają otoczenia ich rzeczywistą opieką systemową. Za rzadko mówi się również o narastających problemach pacjentów z poważnymi chorobami



przewlekłymi przez to, że system opieki zdrowotnej w znacznym stopniu skoncentrował się na zwalczaniu COVID-19.

PIĘĆ SCENARIUSZY NA 2021 R.

Masowe szczepienia mają sprawić, że nieciekawa rzeczywistość, w której znajdujemy się od marca ubiegłego roku, ulegnie zmianie, ale upłynie jeszcze wiele wody w Wiśle, zanim pojawią się powody autentycznej radości. W ocenie Zespołu ds. COVID-19 przy prezysie PAN, wprowadzie Narodowy Program Szczepień może zakończyć się sukcesem już w 2021 r. i jeszcze w ciągu tego roku osiągniemy odporność zbiorową, ale jest też możliwy zgoła odmienny scenariusz – program nie zostanie pomyślnie zrealizowany, a liczba zaszczepionych osób nie wystarczy do osiągnięcia odporności zbiorowej. „Wydaje się, że w tej chwili niestety realizujemy scenariusz nr 2” – wskazali w połowie stycznia naukowcy z grupy, której wiceszefem jest prof. Krzysztof Pyrc, od 20 lat naukowo zajmujący się koronawirusami. Nawet jeśli w tym roku zaszczepi się większość społeczeństwa w Polsce i zachorowalność na COVID-19 znacznie stopniowo się obniża, to zanim spadnie do zera, odporność w następstwie przyjęcia szczepionki może zanikać po stosunkowo niedługim czasie. Co więcej, jeszcze w tym roku mogą pojawić się warianty koronawirusa SARS-CoV-2 odporne na nią, a w najbliższych latach (choć niewykluczone, że jeszcze w 2021 r.) może zaatakować zupełnie nowy, groźny patogen. „Z naukowego punktu widzenia, wszystkie te scenariusze mogą się zdarzyć” – podkreślili naukowcy z interdyscyplinarnego zespołu PAN.

PRZEPIS NA SUKCES

Inauguracja szczepień przeciwko COVID-19 przed kamerami w ostatnią niedzielę grudnia 2020 r. miała być początkiem festiwalu przywracania normalności wywróconej przez pandemię,

a tymczasem dla największej polskiej uczelni medycznej stała się powodem do dużego kryzysu wizerunkowego. – Doszło do celowego złamania zasad Narodowego Programu Szczepień – powiedział minister zdrowia Adam Niedzielski, wzywając do rezygnacji rektora WUM. Prof. Zbigniew Gaciong odmówił, ale stanowisko straciła prezes Centrum Medycznego WUM Sp. z o.o., uczelni grozi kara w wysokości kilkuset tysięcy złotych, a dodatkowo sprawę zaczęła badać prokuratura. „Afera szczepionkowa” stała się pretekstem do wskazania w rozporządzeniu Rady Ministrów kolejności szczepień, tak by wyeliminować przypadki szczepienia poza kolejnością. Z kilkunastodniowym wyprzedzeniem unaocniła ona coś znacznie poważniejszego – o powodzeniu całej akcji, oczywiście poza dużym zainteresowaniem ze strony społeczeństwa, przesądzi kilka fundamentalnych kwestii: dostępność dawek, rozmieszczenie punktów szczepień i ich organizacja pracy, przepisy przyjazne dla osób szczepiących i szczepionych, atmosfera panująca wokół idei szczepień oraz dobra logistyka, czyli wieloetapowy i dość złożony proces dostarczenia dawek od producenta, wymagający m.in. uwzględnienia specyficznych wymagań wynikających z ich wytworzenia i spełnienia rygorystycznych norm dystrybucji farmaceutycznej.

ŻÓŁWIE TEMPO W UE

W całej Europie tempo szczepień jest dalekie od oczekiwań. W pierwszej fazie akcji znacznie gorzej od nas poradziły sobie kraje takie jak Belgia czy Austria, a we Francji doszło do kompromitacji (na początku stycznia, gdy w Polsce zaszczepiono ok. 5 tys. osób, nad Sekwaną zaledwie 0,5 tys.). Jak dotąd na tle innych krajów UE znacznie lepiej wypadaliśmy pod względem łącznej liczby wykonanych szczepień niż w odniesieniu do liczby zaszczepionych osób w przeliczeniu na 100 mieszkańców. Świeżo

Inauguracja szczepień przeciw COVID-19 przed kamerami miała być początkiem festiwalu przywracania normalności wywróconej przez pandemię.



rozwidziona z UE Wielka Brytania, mimo problemów związanych z bardziej zaraźliwym wariantem wirusa SARS-CoV-2, wyprzedziła pozostałe europejskie kraje w wyścigu szczepień, a nieodściżnionym wzorem pozostaje Izrael, gdzie w nieco ponad trzy tygodnie zaszczepiono 1,8 mln osób, tj. niemal 20 proc. ludności. Przyczyny sukcesu tych krajów wydają się bardziej złożone niż mogłoby to wyglądać na pierwszy rzut oka, a wśród nich należy wymienić m.in. pewną elastyczność wpisaną w akcję jeszcze na etapie jej planowania. Tymczasem niemieckie MSW obawia się prób zakłóceń kampanii szczepień i ostrzega o możliwych atakach, do jakich mogłoby dojść na siedziby koncernów farmaceutycznych, magazyny szczepionek i punkty szczepień, a także nie wyklucza napaści na zatrudniony tam personel i osoby szczepiące się.

4 MLN OSÓB MIESIĘCZNIE?

Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, a jednocześnie pełnomocnik rządu ds. Narodowego Programu Szczepień Michał Dworczyk niezmiennie deklaruje, że do końca marca zostanie zaszczepionych ok. 3 mln Polaków z „etapu 0” i „etapu I”. – Osób, które mogą być szczepione, czyli powyżej 18. roku życia, mamy ok. 31 mln – wylicza minister. W jego ocenie krajowe możliwości sięgają 4 mln zaszczepionych osób miesięcznie. Na razie wynik taki wydaje się poza zasięgiem. Na rządowej stronie internetowej gov.pl można śledzić liczbę szczepień wykonanych w województwach i powiatach. Dane nie powalają na kolana. Są powiaty, w których przez pierwsze trzy tygodnie od rozpoczęcia akcji wykonano mniej niż 100 szczepień, a takich, gdzie zaszczepiono mniej niż

tysiąc osób, było jeszcze więcej. – Mamy pełzającą akcję szczepień – ocenia Bożena Janicka, prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia. Jak wskazuje prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych prof. Robert Flisiak, do lata nie jest możliwe wyszczepienie 60-70 proc. populacji. – Zasadniczym elementem nabywania odporności przez społeczeństwo jeszcze przez długi czas nie będzie szczepionka, lecz zachorowania – podkreśla. Analizując tempo szczepień, nie należy zapominać o podjętych przez rząd zobowiązaniach (m.in. umowy na szczepie UE) i regulacjach międzynarodowych (np. ze strony Europejskiej Agencji Leków). – Nie możemy porównywać się z Izraelem, Stanami Zjednoczonymi czy Wielką Brytanią, bo kraje te mają inną specyfikę, nie są związane unijnymi ustaleniami w zakresie zakupów szczepionek – mówi minister Michał Dworczyk. W znacznym stopniu Polska, podobnie jak inne państwa należące do wspólnoty, jest ich zakładnikiem, choć postawa Niemiec jasno wskazuje, że unijne umowy można obchodzić. Węgierskie władze obwiniają Komisję Europejską o wolne tempo dostaw szczepionek i planują sprowadzić je z Rosji i Chin.

DAWKI POŻĄDANIA

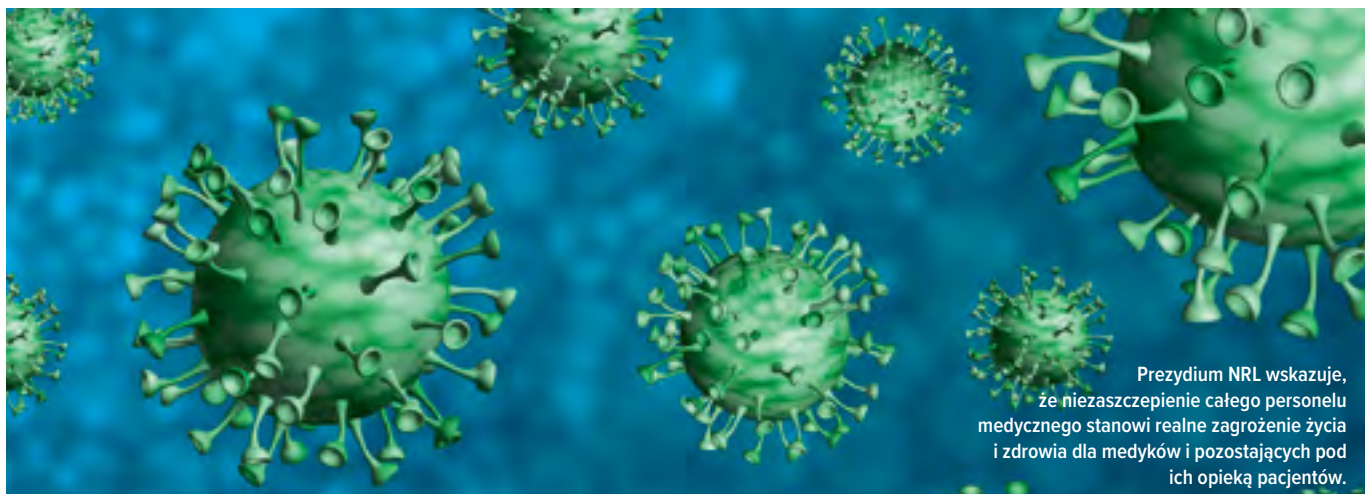
Przyrost liczby zaszczepionych osób zależy również od czynników leżących wyłącznie po stronie danego kraju, pozostających w gestii m.in. nielicznego grona urzędników, których decyzje lub ich brak mogą wspomagać akcję szczepień lub ją utrudniać. U nas za proces dystrybucji odpowiada Agencja Rezerw Materiałowych. Początkowo zamówienia na szczepionki składano w czwartki, a dostawy odbywały się w poniedziałki. Taki model w dużym stopniu sprawił, że w kilka styczniowych dni w skali kraju zaszczepiło się po kilkaset osób. Akcja spowalnia w soboty i niedziele, choć trzeba odnotować, że to się zmienia (w trzecią sobotę stycznia było aktywnych 186 punktów szczepień, w których do g. 17.00 zostało zaszczepionych blisko 17 tys. osób, podczas gdy przez cały poprzedni weekend – 3 tys.). Dla porównania:

w połowie miesiąca w USK we Wrocławiu szczepiono średnio po 800-1000 osób dziennie. To, że zainteresowanie szczepieniami jest znacznie większe niż ilość dawek dostępnych w magazynach ARM, a tym bardziej w punktach szczepień, unaocznili dzień 15 stycznia, gdy ruszyła centralna rejestracja dla seniorów powyżej 80. r.ż. i uruchomiono formularz zgłaszania chęci szczepienia dla osób pełnoletnich. W ciągu pierwszej godziny strona internetowa, za pomocą której można je wysyłać, miała ponad 10 mln odsłon, mimo że był to środek nocy – to wynik nieosiągalny dla większości najbardziej popularnych polskich portali nawet wtedy, kiedy donoszą o sprawach przykuwających uwagę masowego odbiorcy. – Profil Zaufany i Węzeł Krajowy, który normalnie jest obciążony 2-3 wywołaniami w ciągu sekundy, w nocy był obciążony 52 wywołaniami na sekundę. To historyczny wynik – podkreśla pełnomocnik rządu ds. cyberbezpieczeństwa Marek Zagórski. Strach pomyśleć, co by było, gdyby e-usługi były na poziomie sprzed kilku czy kilkunastu lat.

W ciągu pierwszej godziny strona internetowa, za pomocą której można je wysyłać, miała ponad 10 mln odsłon, mimo że był to środek nocy – to wynik nieosiągalny dla większości najbardziej popularnych polskich portali nawet wtedy, kiedy donoszą o sprawach przykuwających uwagę masowego odbiorcy. – Profil Zaufany i Węzeł Krajowy, który normalnie jest obciążony 2-3 wywołaniami w ciągu sekundy, w nocy był obciążony 52 wywołaniami na sekundę. To historyczny wynik – podkreśla pełnomocnik rządu ds. cyberbezpieczeństwa Marek Zagórski. Strach pomyśleć, co by było, gdyby e-usługi były na poziomie sprzed kilku czy kilkunastu lat.

FORMALIZM I ASEKURACJA

O ile za przygotowanie systemu e-rejestracji rząd otrzymał sporo pochwał, choć m.in. ze względu na bardzo duże zainteresowanie system w pierwszych minutach nie zadziałał, o tyle od początku



Prezydium NRL wskazuje, że niezaszczepienie całego personelu medycznego stanowi realne zagrożenie życia i zdrowia dla medyków i pozostających pod ich opieką pacjentów.

falę krytyki zbiera asekuracyjne podejście polegające na zachowaniu jako zapasu 50 proc. szczepionek po to, żeby pacjent, który otrzymał pierwszą dawkę, miał gwarancję otrzymania drugiej w zaplanowanym terminie. System 50/50 w znacznym stopniu decyduje o tempie szczepień, bo kilkuset tysięcy dawek leży niewykorzystana w mroźniach ARM. Z drugiej strony po ograniczeniu dostaw od firmy Pfizer, producenta szczepionek stosowanych od kilku tygodni w Polsce, rząd otrzymał sporo wyrazów poparcia za „dalekowzroczność” ze strony części tych, którzy wcześniej w tej sprawie nie zostawiali na nim suchej nitki. Powszeczenie krytykowania jest formalna strona akcji. – Każdy punkt będzie prowadził e-rejestrację, e-skierowania, e-harmonogramy, e-zgłoszenia, e-kwalifikacje, e-kartę uodpornień i kolejno potwierdzał e-szczepienia – wylicza Andrzej Masiakowski z PPOZ, dodając, że e-biurokracja pochłania sporo czasu, który można by przeznaczyć dla pacjentów. – Przez to, że koncentrujemy się na administracyjnych szczegółach, tracimy z oczu główny cel, jakim jest wyszczepienie większości społeczeństwa w możliwie najkrótszym czasie, co zależy nie tylko od dostępności do szczepionki, ale również od właściwego podejścia do idei szczepień – mówi dr hab. Ernest Kuchar, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii. – U nas codziennie kilkaset osób umiera z powodu COVID-19, a tymczasem w wyniku nie do końca przemyślanych barier administracyjnych spowalniamy masowe szczepienia – dodaje.

WZBIERA FALA KRYTYKI

W związku z rozszerzeniem akcji na kolejne grupy i większą liczbę placówek, wydaje się, że zacznie przybywać mniej lub bardziej uzasadnionych powodów do krytyki. W niektórych mniejszych miejscowościach sporo do życzenia pozostawia dostępność do punktów szczepień, ale bywa, że nawet w większych miastach (np. w woj. śląskim) nie ma na niej dużych NZOZ-ów, które są jedynymi placówkami POZ w okolicy zabezpieczającymi opiekę podstawową dla wielu tysięcy pacjentów. To pokłosie dość wyrzutowanych kryteriów ustalonych kilkanaście tygodni temu przez NFZ, które m.in. wykluczyły placówki od lat szczepiące pacjentów przeciw grypie. Osobną kwestią pozostaje nieprzygotowanie znacznej części spośród ok. 6 tys. punktów szczepień do rezerwowania konkretnych terminów w dniu, gdy ruszyła rejestracja szczepień dla seniorów. W niektórych punktach szczepień już od połowy stycznia nie ma wolnych terminów do końca marca. Paradoks polega na tym, że zainteresowanie szczepieniami wydaje się rosnąć, co potwierdzają badania opinii publicznej, ale w związku z ograniczeniem dostaw od producenta pieczętowanie

układane harmonogramy się zmieniają. Miejsc zajmujących się wytwarzaniem szczepionek przeciw COVID-19 jest jak na lekarstwo, co rodzi obawy o kolejne opóźnienia. – Nie można tak po prostu zamiast aspiryny czy syropu od kaszlu nagle zacząć produkować szczepionek – mówi Ugur Sahin, prezes BioNTech, jednej z firm, które opracowały szczepionkę.

LEKARZE BEZ OCHRONY

Szczepienia zarejestrowanych osób powyżej 80. r.ż. ruszyły 25 stycznia, ale w dniach poprzedzających rozpoczęcie „etapu I” pierwszej dawki nie przyjęło jeszcze pokaźne grono lekarzy, w tym również tych, którzy szczepią lub kwalifikują do szczepień. I bynajmniej nie chodzi o ozdrowieńców. W związku z ograniczeniem dostaw preparatu firmy Pfizer doszło do dodatkowego spowolnienia procesu szczepienia pracowników medycznych w tzw. szpitalach węzłowych, bo trafiło do nich kilkakrotnie mniej dawek niż zamówiły. Prezydium NRL wskazuje, że niezaszczepienie całego personelu medycznego stanowi realne i poważne zagrożenie życia i zdrowia nie tylko dla samych medyków, ale również dla pozostających pod ich opieką pacjentów. Wiele osób zainteresowanych szczepieniem zastanawia się, kiedy nadejdzie ich kolej, ale tworzenie takich prognoz w odniesieniu do osób niebędących w „etapie 0” i „etapie I” na razie nie ma większego sensu. Te przewidywania mogą dodatkowo skomplikować nie tylko kolejne prawdopodobne zmiany w harmonogramie dostaw czy zmiana kolejności szczepień, ale również inne nieprzewidziane okoliczności.

ODPORNOŚĆ NA DWA LATA?

Nie brakuje opinii, że z wirusem SARS-CoV-2 powinniśmy nauczyć się żyć i przyzwyczaić na dłużej do zachowania dystansu, częstszej dezynfekcji rąk i noszenia maseczek, bo zagrożenie nie zniknie jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Na razie dość nieśmiało pojawiają się głosy, że masowa akcja szczepień przeciw COVID-19 może nie okazać się jednorazowa i nawet jeśli uda się ją przeprowadzić do końca tego roku, to istnieje prawdopodobieństwo, że zajdzie potrzeba jej ponowienia. Przyznał to niedawno minister zdrowia, mówiąc, że optymistyczny scenariusz zakłada poszczepienną odporność na dwa lata, a negatywny, gdy wirus będzie mutował, że trzeba by szczepić się co roku. Tak jak w minionym roku pandemia wielokrotnie zaskakiwała, tak w kolejnych miesiącach patogen może zagrać nam na nosie. Zamiast spekulować, lepiej poczekać na efekty pracy naukowców, którzy mają coraz więcej podstaw do formułowania wniosków. ■

EKSPERCI KOMENTUJĄ AKCJĘ SZCZEPIEŃ

Pierwsze oceny

Rozpoczęta w ostatnich dniach grudnia w całej Unii Europejskiej akcja szczepień przeciw COVID-19 jest prowadzona niezbyt szybko, ale nabiera prędkości. Docelowe tempo w dużym stopniu będzie uzależnione od dostępności szczepionki.



Prof. **Andrzej M. Fal**
prezes Polskiego Towarzystwa
Zdrowia Publicznego, kierownik
Kliniki Alergologii, Chorób Płuc
i Chorób Wewnętrznych CSK
MSWiA

Dzięki szczepionce, po prawie rocznym trwaniu pandemii i chronieniu się przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, retroaktywnym uciekaniu przed infekcją na różne sposoby, w końcu możemy działać proaktywnie w kierunku budowania odporności. To ewenement, że szczepienia ruszyły tak szybko w obliczu nowego czynnika zakaźnego. Z historii wiemy, że wcześniej miały lata, by nie powiedzieć dekady, zanim pojawiła się dedykowana szczepionka, a my dysponujemy już kilkoma jej typami. Optymizmem napawa fakt, że rośnie deklaracyjny odsetek chętnych do szczepienia się w społeczeństwie. W sondażach przekracza on już 60 proc., choć zaczynaliśmy od 20-30 proc. Wcześniej jednak było dużo gdybania, mówiliśmy o „jakiejś” szczepionce, która dopiero „kiedyś” się

pojawia, a teraz prawie każdy zna kogoś, kto został zaszczepiony w ramach grupy 0 i te osoby, pomimo że od zaszczepienia się minęło już kilka tygodni, czują się świetnie – więc lęk przed ubocznymi efektami istotnie zmalał. Do zmiany podejścia przyczyniły się akcje edukacyjne, w tym zainaugurowana przez Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego inicjatywa „Nauka przeciw pandemii” – prowadzona przez

**To ewenement,
że szczepienia ruszyły
tak szybko w obliczu
nowego czynnika
zakaźnego**

kilkunastu naukowców, niepowiązana z przemysłem farmaceutycznym czy administracją. Takie działania, opierając swój przekaz jedynie na w pełni potwierdzonych faktach, wypierają w dużej mierze dezinformację czy celowo propagowane „fake newsy”. Akcja szczepień w całej Unii Europejskiej opiera się na co najmniej dwóch wspólnych determinantach: umowy

o dostawie szczepionek zostały zawarte wspólnie przez wszystkie kraje Unii Europejskiej, a wymogi narzucane przez Europejską Agencję Leków zarówno w dopuszczeniu, jak i w procedurze szczepień, są takie same dla wszystkich krajów członkowskich. System nadzoru i kontroli jest taki, jaki jest, więc ten sam formalizm dotyczy w tym samym stopniu każdego kraju UE. Wszyscy podlegają również tej samej dynamice dostaw. Pewnych kwestii nie możemy rozwiązać „po swojemu”, nawet gdybyśmy bardzo chcieli. To, że sąsiad jest chory, nie powoduje, że jesteśmy bardziej zdrowi, ale spoglądając na to, jak przebiega akcja szczepień w Portugalii, we Francji czy nawet w Niemczech, gdzie władze spotykały się z potężną krytyką w jej pierwszym etapie, w Polsce nie mamy powodów do narzekania na biurokrację. We Francji każdy pensjonariusz domu opieki, zanim został zaszczepiony, musiał zapoznać się z 45-stronicowym dokumentem. W porównaniu z tym w Polsce wymogi formalne są niemal marginalne. To prawda, że w Izraelu czy Wielkiej Brytanii akcja szczepień rozpoczęła się bardziej dynamicznie niż w państwach Unii, ale machina rozkręca się także u nas. ■



Dr hab. **Ernest Kuchar**
prezes Polskiego Towarzystwa
Wakcynologii, kierownik
Kliniki Pediatrii z Oddziałem
Obserwacyjnym na WUM

Martwię się, że dystrybucji i rejestracji szczepionek towarzyszą przesadne obciążenia biurowe. W efekcie łatwo stracić z oczu cel akcji – jak najszybsze wyszczepienie Polaków, a dominuje chęć unikania ponoszenia odpowiedzialności, przy nadmiernej kontroli nikt nie chce ryzykować – w myśl zasady „lepiej zmarnować zgodnie z prawem niż mieć kłopoty”. Ta asekuracyjna postawa może doprowadzić do tego, że z punktu widzenia niektórych osób łatwiej będzie szczepionkę wyrzucić, niż podać ją osobie spoza grupy priorytetowej. Centralny system zaopatrzenia w szczepionki polega na tym, że są one dostarczane w poniedziałki,

co zmusza, zwłaszcza mniejsze przychodnie, do wielkiej czujności. W praktyce wygląda to tak, że dostarczone już rozmrożone szczepionki muszą być do piątku zużyte lub zutylizowane, co uniemożliwia prowadzenie akcji szczepiennej w soboty. Utrudni to zaszczepienie się osobom pracującym w godzinach otwarcia punktów szczepień. Centralne generowanie e-skierowań jest uzasadnione, ale korzystanie z centralnego systemu rejestracji zajmuje bardzo dużo czasu, np. trzeba w nim wpisywać dawkę szczepionki, a od kiedy są różne dawki? To zwykła starta czasu na bezsensowną biurokrację. Nie wiem, czy centralna rejestracja pacjentów sprawdzi się w odniesieniu do starszej populacji, która częściej choruje i często zdarza się, że senior czuje się na tyle źle, że danego dnia nie będzie w stanie wyjść z domu. Zgłaszalność na wizyty lekarskie nigdy nie jest stuprocentowa, tak jak z dotychczasowych doświadczeń w zakresie szczepień przeciw różnym chorobom wiemy, że na wyznaczony termin podania drugiej dawki nigdy nie przychodzą

wszyscy pacjenci. Nadmiernie asekuracyjna jest również 50 proc. rezerwa szczepionek przygotowana dla pacjentów, którzy otrzymali pierwszą dawkę, tak aby mieli gwarancję otrzymania drugiej. W krajach Europy Zachodniej oblicza się ją na poziomie 10 proc. Nam teraz brakuje szczepionek, a przecież w przyszłości będą dostawy. Zapowiedzi przedstawicieli rządu, że do końca I kwartału zostanie zaszczepionych 3 mln Polaków, są realne, ale to zbyt mało ambitny program. Przez to, że koncentrujemy się na administracyjnych szczegółach, tracimy z oczu główny cel, jakim jest wyszczepienie większości społeczeństwa w możliwie najkrótszym czasie, co zależy nie tylko od dostępności do szczepionki, ale również od właściwego podejścia do idei szczepień. To zrozumienie jest widoczne w Izraelu, gdzie akcję przeprowadza się niezwykle sprawnie. U nas codziennie kilkaset osób umiera z powodu COVID-19, a tymczasem w wyniku nie do końca przemyślanych barier administracyjnych spowalniamy masowe szczepienia. ■



Prof. **Włodzimierz Gut**
biolog, specjalista w zakresie
mikrobiologii i wirusologii,
doradca Głównego Inspektora
Sanitarnego

Od kilku tygodni trwają szczepienia, ale obostrzenia sanitarne powinny zostać zniesione dopiero w momencie, gdy poziom zakażeń wirusem SARS-CoV-2 przestanie zagrażać całej populacji.

O opanowaniu epidemii będziemy mogli zacząć mówić wtedy, gdy dzienna liczba zakażeń spadnie poniżej 1 tys., a najlepiej, aby nie przekraczała 300 osób. Żeby

tak się stało, znaczna część populacji musi przechorować COVID-19 albo się zaszczepić. Rzeczywisty wpływ szczepień na sytuację epidemiczną zacznie być widoczny po osiągnięciu 20 proc. zaszczepionych i ozdrowieńców w całej populacji. Dopiero po przyjęciu szczepionki niemal przez wszystkich pracowników służb medycznych można przestać niepokoić się o wydolność ochrony zdrowia, bo wtedy sytuacja wśród medyków powinna być niezależna od tej wśród reszty społeczeństwa. Nawet jeśli zacznie brakować łóżek, to nie zabraknie lekarzy. Akcja masowego szczepienia w Polsce przebiegałaby znacznie szybciej, gdybyśmy dysponowali dużymi pieniędzmi i nie mieli żadnych zobowiązań międzynarodowych, ale ani jedno ani drugie nie wchodzi w grę. Negocjacje

z producentami w zakresie dostaw i ich odpowiedzialności prowadzono na poziomie UE. Jeśli zaczęlibyśmy nawiązywać kontakty poza wspólnotą, to ryzykujemy, że kupimy produkty, które nie są dostatecznie bezpieczne lub wystarczająco skuteczne. Są państwa unijne próbujące iść tą drogą, np. Węgry. Ograniczona liczba dawek szczepionki to obecnie główny problem na całym świecie. Wszystkie kraje chcą ją mieć, dlatego na rynku są wielkie trudności i Polska nie jest żadnym wyjątkiem. Fakt pojawiania się czasami głosów, że w obliczu „wojny” prowadzonej z koronawirusem trzeba kupować „wszystko, co się da”, przyrównałbym do sytuacji, w której na gwałt musiano by wyposażać współczesne wojsko i ktoś chciałby sprzedać muszkiety. ■



Dr **Agnieszka Jankowska-Zduńczyk**
była konsultant krajowa w
dziedzinie medycyny rodzinnej,
wiceprezes Kolegium Lekarzy
Rodzinnych w Polsce

Oczekiwania związane z akcją szczepień przeciw COVID-19 wobec placówek podstawowej opieki zdrowotnej były znacznie większe niż tempo szczepień, z którym obecnie mamy do czynienia.

Liczba osób, które mogą się szczepić w ramach POZ od końca stycznia jest na tyle nieduża, że poza wydzielaniem miejsca i wydelegowaniem personelu do wykonywania 30-60 szczepień tygodniowo, nie wymaga to na ogół znacznych zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych. Nie w każdej placówce POZ można będzie się zaszczepić przeciw COVID-19, bo nie wszystkie były w stanie spełnić kryteria określone przez NFZ. Na to, że są one zbyt wygórowane, zwłaszcza dla praktyk w mniejszych gminach, środowisko lekarzy rodzinnych zwracało uwagę

od początku. Ze strony NFZ było m.in. żądanie realizacji szczepień poza godzinami pracy w POZ, co w niektórych podmiotach jest trudne lub wręcz niemożliwe do spełnienia z powodu braku personelu. Na pewno opieka podstawowa to właściwe miejsce do realizacji szczepień na tak

Nie w każdej placówce POZ można będzie się zaszczepić przeciw COVID-19

szeroką skalę jak to jest w przypadku COVID-19. Liczba osób szczepionych w POZ mogłaby być większa, gdybyśmy dysponowali większą liczbą szczepionek. Ograniczenia w dostępności wynikają z możliwości produkcyjnych i ustaleń podjętych w ramach Unii Europejskiej i nie dotyczą dystrybucji na terenie kraju. Mimo że szczepienia już trwają, powinny zostać zmienione lub doprecyzowane niektóre kwestie formalne. Jedną z nich stanowi proces

kwalifikacji do szczepienia. W obecnej sytuacji dochodzi do sytuacji, że lekarze stają w obliczu kwalifikacji osoby, o której chorobach nie mają dużej wiedzy, bo są spoza listy pacjentów pozostających pod ich stałą opieką w ramach POZ i nie dysponują dostępem do jej dokumentacji medycznej. To stanowi wyzwanie dla lekarza przy podejmowaniu decyzji kwalifikującej do szczepienia, niezależnie od ryzyka niepożądanych odczynów poszczepiennych. Dyskusyjną sprawą jest ustawowe rozszerzenie grona osób mogących wykonywać szczepienia przeciw COVID-19 o przedstawicieli innych zawodów medycznych (nowelizacja jednej z ustaw ma umożliwić to fizjoterapeutom, farmaceutom, higienistkom szkolnym i diagnostom laboratoryjnym po odbyciu kursu lub szkolenia przygotowanego przez CMKP, wymagania określi minister zdrowia w rozporządzeniu – przyp. red.). Te osoby niekoniecznie mają wiedzę i możliwości prawne w zakresie podawania leków, co jest ważne na przykład w sytuacji wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych, które mogą stanowić zagrożenie życia. ■



Dr **Michał Sutkowski**
rzecznik prasowy Kolegium
Lekarzy Rodzinnych w Polsce,
prezes Warszawskich Lekarzy
Rodzinnych

Akcja szczepień przeciw COVID-19 musi przyspieszyć. Zbyt wolne tempo odbywa się kosztem wielu dodatkowych zachorowań i zgonów.

Wszystko powinno być zorganizowane w sposób pozwalający na szczepienie przynajmniej 2-2,5 mln Polaków miesięcznie. Oczywiście nie wszystko zależy od nas, wiele zależy również od dostawców szczepionek. Wyprowadzamy wiele krajów, ale daleko nam do Izraela, czy do Wielkiej Brytanii, gdzie mimo dużych problemów związanych z nową odmianą koronawirusa, od początku jest utrzymane

całkiem niezłe tempo. W największych miastach powinny działać duże centra szczepień, np. w Warszawie można by je stworzyć w kilku dużych szpitalach i na Stadionie Narodowym, gdzie stosunkowo spontanicznie przychodziliby pacjenci. Można by również pomyśleć o tym, aby w godzinach wieczornych do tych punktów mogli przychodzić wszyscy chętni, a nie tylko osoby z grup wyznaczonych w Narodowym Programie Szczepień. Wymagałoby to jednak zmiany systemu dystrybucji szczepionek. W dużych miastach dopełnieniem powinna być sieć placówek POZ. Natomiast mieszkańcy mniejszych miasteczek i wsi powinni szczepić się głównie u swojego lekarza rodzinnego, który w ciągu miesiąca jest w stanie zaszczepić bardzo dużo osób. Działania informacyjne wyglądają całkiem nieźle, ale widzę potrzebę wzmocnienia ogólnospołecznej kampanii edukacyjnej, tak aby rozwiewać

pojawiające się w dalszym ciągu wątpliwości. Jeśli ktoś pyta, czy w szczepionce nie ma materiału ludzkiego, to szczerze i otwarcie trzeba powiedzieć, że nie i wyjaśnić, dlaczego. Zupełnie oddzielna kampania powinna obejmować swoim zasięgiem lekarzy, pielęgniarki, ratowników i innych medyków, bo w opinii dużej części społeczeństwa powinni oni nieść kaganek oświaty i zaszczepić się w całości, a z różnych powodów tak nie jest. To trochę ciąży na wizerunku tzw. grupy zero. Wprawdzie wszystkie organizacje lekarskie w sprawie szczepień mówią jednym głosem, ale przekaz płynący z postawy medyków powinien być bardziej jednoznaczny. Osobne działania edukacyjne powinny objąć również osoby, które nie są przedstawicielami zawodów medycznych, ale jako personel administracyjny czy techniczny są zatrudnione w szpitalach czy przychodniach. ■

OPINIE

Szczepić czy nie szczepić?

Pod koniec grudnia Polska dołączyła do krajów, które oferują swoim obywatelom bezpłatne szczepienia przeciwko COVID-19. Akcja szczepień nie spotyka się jednak z powszechną aprobatą.

dr hab. n. med. **Marek Czarkowski** bioetyk, przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL

Szczepionka stwarza możliwość wytworzenia tzw. odporności stadnej, co jest dziś jedynym bezpiecznym społecznie sposobem na ustąpienie epidemii. Ale czy szczepienia są bezpieczne?

RYZIKO

Stosowanie szczepionek wiąże się z występowaniem tzw. niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). Poważne w skutkach NOP-y występują jednak bardzo rzadko. Co roku w Polsce szczepi się setki tysięcy osób, głównie dzieci. Ryzyko związane z zaszczepieniem jest niezwykle niskie w porównaniu do ryzyka szkód zdrowotnych powodowanych przez choroby, przed którymi chronią nas szczepionki.

Ryzyko zachorowania na COVID-19 podczas trwającej obecnie epidemii jest wysokie, a wskaźnik śmiertelności (case fatality rate) wynosi obecnie 2,2 proc. (w Polsce ponad 2 zgony na każdych 100 chorych z potwierdzoną chorobą COVID-19¹).

KORZYŚCI

Podstawową korzyścią indywidualną z zaszczepienia się jest znaczące zmniejszenie ryzyka zachorowania oraz śmierci lub powikłań spowodowanych COVID-19. Korzystają także ci, którym z powodów zdrowotnych nie wolno się szczepić. Im więcej w ich otoczeniu osób zaszczepionych, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że sami zachorują.

Spółeczna korzyść szczepień jest bardzo duża. Dzięki temu zmniejszy się liczba nowych chorych, zgonów i innych szkód zdrowotnych. A jeśli zaszczepi się większość podatnych na zachorowanie, to uda się osiągnąć odporność stadną – dziś jedyną, bezpieczną społecznie metodę zwalczania epidemii.

Warto także porównać potencjalne korzyści z akcji szczepień w stosunku

pełnię zdrowia). Szczepienia przeciwko COVID-19 skrajnie minimalizują ryzyko szkód zdrowotnych i oferują maksymalną korzyść – ustąpienie epidemii.

Podczas zwalczania epidemii COVID-19 interesem nadrzędnym jest dobro całego polskiego społeczeństwa. Ten sposób rozumowania etycznego nakazuje wszystkim, by podobnie jak personel medyczny, poddali się szczepieniom, ponieważ jest

Podczas zwalczania epidemii COVID-19 interesem nadrzędnym jest dobro całego polskiego społeczeństwa. Ten sposób rozumowania etycznego nakazuje wszystkim, by podobnie jak personel medyczny, poddali się szczepieniom.

do działań alternatywnych. Obecnie stosowana profilaktyka izolacyjna blokuje możliwość wystąpienia odporności stadnej. Z kolei trzeci wariant, czyli poluzowanie profilaktyki izolacyjnej, spowoduje nasilenie epidemii i wzrost liczby zachorowań oraz zgonów. Czwartego wariantu działania nie ma. W porównaniu do tych rozwiązań akcja szczepień stwarza największe prawdopodobieństwo ustąpienia epidemii.

WIĘCEJ KORZYŚCI NIŻ SZKÓD

Etyczna ocena dopuszczalności procedur medycznych polega na promowaniu rozwiązań, które gwarantują jak najmniej szkód (a nie absolutny brak szkód) i jak największe korzyści (a nie

to dziś metoda, która daje szansę na wystąpienie odporności stadnej i ustąpienie epidemii.

Epidemia koronawirusa ujawnia, jak niebezpieczne społecznie jest promowanie egoistycznych postaw. W demokratycznym państwie obywatele mają zagwarantowane prawa, ale muszą się również wywiązywać z obowiązków, jakie każdy obywatel ma względem innych członków tego społeczeństwa. Zachowujmy się zatem racjonalnie i odpowiedzialnie. ■

¹ <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid?country=~POL>

TERAPIE

Covidowe przełomy

Metody leczenia chorych na COVID-19 wymagają ciągłej weryfikacji.
Walka z SARS-CoV-2 toczy się na wielu frontach.

Lucyna Krysiak dziennikarz



O bencie świat jest skupiony na szczepionce i masowych szczepieniach, ale trwają też intensywne prace nad poszukiwaniem leków działających bezpośrednio na koronawirusa i skutecznie leczących objawy COVID-19. W pewnym momencie nadzieją na przełom stało się osocze „ozdrowieńców”.

OSOCZE OSOCZU NIERÓWNE

Wokół tej metody leczenia narosło jednak sporo kontrowersji. Podawanie osocza ozdrowieńców bogatego w przeciwciała neutralizujące wirusa SARS-CoV-2 chorym na COVID-19 wzbudziło entuzjazm, ale pojawiały się też wątpliwości. Prof. Robert Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Centralnym Szpitalu Klinicznym

MSWiA w Warszawie, mówi, że te kontrowersje wynikają m.in. z różnic w metodyce przeprowadzonych badań, co wynika m.in. z braku opracowania standardów określających, u których osób i na jakim etapie choroby podawanie osocza ozdrowieńców jest zasadne.

Teoretycznie ten sposób leczenia powinien być proponowany chorym o średnim stopniu ciężkości COVID-19, jednak niezadko stosuje się je u chorych w bardzo zaawansowanej fazie choroby, co nie przynosi oczekiwanych efektów, a może jeszcze pogorszyć ich stan. Chodzi tu m.in. o zagrożenie związane z wystąpieniem masywnej zatorowości płucnej. Z założenia osocze ozdrowieńców powinno być skuteczne u chorych, u których jeszcze nie wytworzyły się własne przeciwciała neutralizujące wirusa SARS-CoV-2. Podanie osocza bogatego w takie przeciwciała

choremu na COVID-19, których mu brakuje, powinno zapobiec dalszemu rozwojowi infekcji i skrócić czas jej trwania. – O skuteczności terapii decyduje tzw. miano przeciwciał neutralizujących. Im wyższe, tym terapia wydaje się być bardziej skuteczna, ale u poszczególnych ozdrowieńców jest ono różne. Te różnice mogą być znaczne i dotyczą nie tylko ilości, ale i jakości omawianych przeciwciał neutralizujących SARS-CoV-2 uniemożliwiających wejście wirusa do komórki żywiciela – podkreśla prof. Robert Gil.

Zatem osocze osoczu nierówne, a decyduje o tym naturalna sprawność układu odpornościowego zapisana w genach, a nie czynniki zewnętrzne. Decydując się na leczenie osoczem ozdrowieńców, zwłaszcza na początku pandemii COVID-19, nie określano poziomu i jakości tych przeciwciał, leczenie tą samą

dawką (a właściwie objętością) wszystkich chorych musiało więc dawać niejednoznaczne wyniki, a często kończyć się niepowodzeniem.

PRZECIWCIAŁA MONOKLONALNE

Idea leczenia przeciwciałami neutralizującymi wirusa ma jednak ogromny potencjał i już zainteresowały się nią największe koncerny farmaceutyczne. Trwają intensywne badania nad przeciwciałami monoklonalnymi przeciwko SARS-CoV-2. Można je produkować na szeroką skalę, wykorzystując najnowsze zdobycze inżynierii genetycznej. Są one mniej immunizujące niż przeciwciała ozdrowieńców i można je podawać w mniejszych objętościach, minimalizując prawdopodobieństwo powikłań zatorowo-zakrzepowych.

Obecnie w praktyce klinicznej mają zastosowanie trzy takie monoklonalne przeciwciała – Bamlanivimab, zalecany w leczeniu niehospitalizowanych chorych z łagodną do umiarkowanej postacią COVID-19, oraz Casirivimab i Imdevimab, zalecane także u chorych z łagodną do umiarkowanej manifestacją tej choroby, ale wykazujących ryzyko progresji schorzenia i u osób powyżej 65. r.ż., u których występują choroby współtowarzyszące. W 2020 r. uzyskały one pozwolenie na stosowanie (opcja Emergency Use Authorization) na terenie USA w oparciu o korzystne wyniki wstępnych badań klinicznych. Tego rodzaju terapię eksperymentalnie zastosowano m.in. u Donalda Trampa (był to koktajl Casirivimabu oraz Imdevimabu), a z zapowiedzi wynika, że środek ten będzie dopuszczony do obrotu w Europie.

– To dowód na to, że kierunek leczenia COVID-19 przeciwciałami jest trafiony, ale większe korzyści można uzyskać poprzez modyfikację tej metody przy zastosowaniu stworzonych sztucznie przeciwciał monoklonalnych niż leczenie osoczem ozdrowieńców, w którym jest wiele różnych substancji nieprzydatnych w procesie leczenia, a wręcz mogą one stanowić przeszkodę. Przeciwciała monoklonalne mają ściśle określone parametry i są selektywne – przekonuje prof. Gil i dodaje, że wprawdzie w praktyce klinicznej osocze tzw. ozdrowieńców zapisano się jako lek niepewny, zainspirowało badaczy do

poszukiwania leku bardziej skutecznego, który będzie można produkować na większą skalę i stosować w szerszym zakresie.

PODĄŻAĆ ZA WIEDZĄ

Naukowcy i badacze wciąż odkrywają, modyfikują i weryfikują wiedzę na temat wirusa SARS-CoV-2 i COVID-19. Dotychczas twierdzono, że osoby po przebyciu choroby wytworzyły przeciwciała, które mają je zabezpieczyć przed powtórny zakażeniem, ale zdarzają się pacjenci z reinfekcją – oznacza to, że w strukturze genomu takich chorych występuje nieznana dotąd cecha i wytworzone przeciwciała nie zabezpieczają pacjenta przed ponowną infekcją. Mutujący wirus może więc „oszukać” organizm i wywołać zakażenie, choć ma ono lżejszy i krótszy przebieg.

Badania dowiodły też, że u jednych pacjentów miano przeciwciał rośnie do kilkuset jednostek, u innych nie osiąga nawet 20, a na

dodatek ich ilość i aktywność wykazuje tendencję spadkową, by po miesiącu od przechorowania całkowicie zniknąć. Odkryto, że jest to związane z tzw. odpornością komórkową i działaniem limfocytów T, wpływających na mechanizmy neutralizacji cząstek wirusa. Podejrzewa się, że istnieje także związek genetyczny, ale

dopiero bada się te zależności.

Prof. Maciej Lesiak, kierownik I Kliniki Kardiologii w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, mówi, że w swoim otoczeniu ma dobre doświadczenia w leczeniu przeciwciałami ozdrowieńców, ale są to pojedyncze przypadki. By stosować tę metodę w sposób rutynowy, należałoby najpierw określić, w której fazie choroby ta terapia jest najbardziej skuteczna oraz stosować wyłącznie preparaty o wysokich mianach przeciwciał. Odpowiednio wysoki ich poziom decyduje bowiem o powodzeniu leczenia, choć nie daje stuprocentowej gwarancji skuteczności terapeutycznej. – Kiedy nie mamy czym leczyć, to chwytemy się każdej możliwości, a o COVID-19 wciąż wiemy niewiele. Codziennie pojawiają się nowe doniesienia naukowe na ten temat. W praktyce klinicznej powinniśmy podążać za tą wiedzą i na bieżąco weryfikować stosowane metody leczenia – zastrzega prof. Maciej Lesiak i dodaje, że wprawdzie wysokie oczekiwania co do skuteczności przeciwciał ozdrowieńców były przedwcześnie,

stały się one impulsem dla dalszych badań w tym kierunku i być może przyczyniły się do opracowania przeciwciał monoklonalnych, które mogą być lekami stosowanymi na szerszą skalę w tej chorobie.

Z NAUKOWYM DYSTANSEM

W działaniu przeciwko pandemii SARS-CoV-2 włączyła się również genetyka. Głównie za sprawą szczepionki przeciw COVID-19. W przeszłości w składzie tradycyjnych szczepionek był antygen, przeciwko któremu organizm wytwarzał przeciwciała w celu uzyskania odporności. Obecnie komórki osoby przyjmującej szczepionkę nowej generacji same produkują antygen, uruchamiając w ten sposób odpowiedź immunologiczną organizmu. Jednym słowem, w skład szczepionki wchodzi tzw. konstrukt RNA (niebędący antygenem), który u zaszczepionej osoby powoduje syntezę antygenu, a następnie sam ulega degradacji.

– Pandemia trwa około roku i nasze doświadczenie jako genetyków w tym zakresie jest wciąż niewielkie, a mimo to opracowano już kilka wariantów szczepionek, doprowadzono do perfekcji diagnostykę i są to osiągnięcia niezwykle – podkreśla prof. Michał Witt, dyrektor Instytutu Genetyki Człowieka PAN w Poznaniu. W szczególności dotyczy one diagnostyki SARS-CoV-2, w której powszechnie wykorzystuje się nowoczesne techniki oparte o genetykę. Chodzi przede wszystkim o RT-qPCR, które jest podstawą techniczną diagnozowania zakażenia wirusem. W codziennej praktyce diagnostycznej stosowane są już także testy pozwalające różnicować zakażenie SARS-CoV-2 i wirusem grypy sezonowej A i B, jak te opracowane w poznańskim instytucie.

– Ten wirus wciąż nas zaskakuje, zarówno swoją biologią, jak i objawami klinicznymi zakażenia, które wywołuje. Okazuje się, że już nie mamy do czynienia wyłącznie z chorobą o nazwie COVID-19, ale ze zjawiskiem long COVID, co oznacza, że skutki zakażenia, które normalnie trwa około 10 dni (po tym czasie wirusa zdolnego do infekcji w organizmie z reguły już nie ma), mogą się utrzymywać jeszcze przez długie miesiące – mówi prof. Michał Witt. Zaznacza, że long COVID to poważny problem diagnostyczny i terapeutyczny, wymagający wprowadzenia szeroko pojętej rehabilitacji u pacjentów pocovidowych – nie tylko w zakresie funkcji dróg oddechowych, ale też powikłań neurologicznych, kardiologicznych, nefrologicznych, co dowodzi interakcji wirusa np. z komórkami ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego. ■

**Badania dowiodły,
że u jednych
pacjentów miano
przeciwciał
rośnie do kilkuset
jednostek, u innych
nie osiąga nawet 20.**

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Praktykowanie mimo sądowego zakazu

Przewinienie zawodowe polega na naruszeniu zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Warto zwrócić uwagę na sprawy, w których podstawą odpowiedzialności lekarza było niestosowanie się do wyroków sądów powszechnych.

Paulina Tomaszewska prawnik NIL

Jak wynika z orzeczeń sądów lekarskich, takie postępowanie może być zakwalifikowane jako naruszenie zasad etyki, w szczególności art. 1 ust. 3 KEL, zgodnie z którym naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

W opisywanej sprawie lekarz w okresie funkcjonowania nałożonego na niego przez sąd karny środka karnego w postaci dwuletniego zakazu wykonywania zawodu pełnił dyżur w szpitalnym oddziale ratunkowym. Fakt ten ustalony został przez sądy lekarskie na podstawie zeznań świadków, wpisów w dokumentacji medycznej oraz wyjaśnień samego obwinionego, który przyznał się do zarzucanego mu czynu.

Sądy lekarskie nie miały wątpliwości, że lekarz popełnił przewinienie zawodowe. Nie miało przy tym znaczenia, czy podczas pełnionego dyżuru doszło do popełnienia błędu medycznego, niezachowania należytej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych czy wyrządzenia szkody pacjentowi. Istotą naruszenia było

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 7d (wyciąg)

1. Dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” oraz dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” podlegają unieważnieniu:
 - 3) z dniem wydania prawomocnego orzeczenia o zastosowaniu wobec lekarza albo lekarza dentysty środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu lub wydania prawomocnego orzeczenia przez sąd lekarski o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub wydania przez okręgową radę lekarską ostatecznej uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo z dniem nadania tej uchwały w tym zakresie rygorom natychmiastowej wykonalności;
3. Unieważniony dokument jest uszkodzany fizycznie przez pracownika okręgowej izby lekarskiej w sposób uniemożliwiający jego dalsze użytkowanie.

wykonywanie przez lekarza zawodu mimo sądowego zakazu. Za dopuszczenie się popełnienia powyższego czynu sądy wymierzyły karę zawieszenia PWZ na rok. Jako podstawę prawną zarzutu wskazano art. 1 ust. 3 KEL. Nie należy jednak zapominać o treści art. 108 ustawy o izbach lekarskich, zgodnie z którym lekarz zawieszony w prawie wykonywania zawodu nie może wykonywać zawodu w żadnej formie.

Przez wykonywanie zawodu, jak wynika z art. 2 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty należy rozumieć udzielanie

przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganiu im, leczenie i rehabilitację chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. W czasie obowiązywania środka karnego w postaci zakazu wykonywania zawodu, lekarz nie może wykonywać zawodu w żadnej z powyższych form, a niestosowanie się do tego może skutkować odpowiedzialnością zawodową. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Samorząd, sprawując pieczę nad należytnym wykonywaniem zawodu lekarza w dbałości o wysoki poziom zaufania każdego pacjenta do lekarza, nie może nie reagować na

zachowania jak opisane powyżej. Warto przyrzeć się administracyjnym obowiązkom rad lekarskich i ich prezesów, którzy wykonują prawomocne orzeczenia, postanowienia i uchwały w zakresie zawieszenia PWZ. Niedawno wprowadzony art. 7d do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty jest właśnie swoistą reakcją na niestosowanie się przez lekarzy do takich orzeczeń. Nie może więc budzić zdziwienia także reakcja samorządu na odmowę doręczenia przez lekarza zawieszzonego w prawie wykonywania zawodu dokumentu potwierdzającego to prawo. Nie

wszyscy przecież pracodawcy na bieżąco dokonują weryfikacji uprawnień lekarzy do wykonywania zawodu, np. internetowo w Centralnym Rejestrze Lekarzy, słusznie będąc przekonanymi, iż w razie wystąpienia ograniczeń w tym zakresie lekarz, wykonujący przecież zawód zaufania publicznego, niezwłocznie ich o tym poinformuje. Analizując orzeczenia zapadające w Wielkiej Brytanii i w krajach skandynawskich, obserwuję, z jak wielką powagą tamtejsze organy podchodzą do wartości zaufania do naszego zawodu. Ale o tym w kolejnych artykułach. ■

KALENDARZ LEKARZA PRAKTYKA

Obowiązki przedsiębiorców prowadzących praktyki zawodowe

Poniżej prezentujemy Państwu zaktualizowane kalendarium wybranych obowiązków lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących indywidualne i grupowe praktyki lekarskie (w tym również niektóre obowiązki lekarzy i lekarzy dentystów jako pracodawców). Uwaga! W związku z panującą epidemią SARS-CoV-2 obowiązki przedstawione poniżej mogą ulegać modyfikacji.

Aleksandra Kosiorek radca prawny **Damian Konieczny** adwokat Biuro Prawne OIL w Gdańsku

KTO	OBOWIĄZEK	TERMIN
EWIDENCJA ODPADÓW		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, wytwarzający odpady medyczne, z wyjątkiem: a) praktyk kontraktowych b) praktyk wytwarzających jedynie odpady komunalne c) praktyk, które przeniosły gospodarowanie odpadami na wynajmującego lub innego najemcę (art. 28 ustawy) d) praktyk podlegających zwolnieniu z obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów	rejestracja w Bazie danych o produktach i opakowaniach oraz o gospodarce odpadami (BDO)	przed rozpoczęciem prowadzenia działalności, która będzie powodowała obowiązek rejestracji
	prowadzenie ilościowej i jakościowej ewidencji odpadów z użyciem generowanych w systemie BDO kart przekazania odpadów oraz przechowywania dokumentów, na podstawie których są sporządzane dokumenty ewidencji	- na bieżąco - przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zostały sporządzone te dokumenty ewidencji odpadów - udostępnianie dokumentów i danych na żądanie uprawnionych organów w toku kontroli
	składanie elektronicznych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów, oraz o sposobach gospodarowania (https://bdo.mos.gov.pl/)	- do 15 marca każdego roku za rok poprzedni - do właściwego ze względu na miejsce wytwarzania odpadów marszałka województwa - wyłącznie elektronicznie, za pośrednictwem systemu BDO
<i>Podstawa prawna:</i> - ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach - rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 2 stycznia 2020 r. w sprawie katalogu odpadów - rozporządzenie Ministra Klimatu z dnia 23 grudnia 2019 r. w sprawie rodzajów odpadów i ilości odpadów, dla których nie ma obowiązku prowadzenia ewidencji odpadów		
INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODOWISKA		
lekarze prowadzący praktyki zawodowe, którzy wprowadzają gazy lub pyły do powietrza (tj. posiadają samochód osobowy lub ciężarowy, własne ogrzewanie, np. kotłownia, wszelkiego rodzaju technologie powodujące emisję do powietrza)	składanie zbiorczych zestawień informacji o zakresie korzystania ze środowiska oraz wysokości należnych opłat, wraz z wniesieniem należnej opłaty na rachunek urzędu marszałkowskiego	- do 31 marca każdego roku, za rok poprzedni - do właściwego urzędu marszałkowskiego przedsiębiorcy, u których obliczona opłata za każdy z rodzajów korzystania nie przekroczy 100 zł, nie składają sprawozdania w ogóle. Nie wnosi się opłaty w przypadku, gdy wyliczona kwota nie przekracza 800 zł za rok dla danego rodzaju korzystania ze środowiska.
<i>Podstawa prawna:</i> - ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska - rozporządzenie Ministra Klimatu w sprawie wykazów zawierających informacje i dane o zakresie korzystania ze środowiska oraz o wysokości należnych opłat z dnia 11 grudnia 2019 r.		

ZRANIENIA OSTRYMI NARZĘDZIAMI

lekarze – pracodawcy, których pracownicy są narażeni na ryzyko zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych	• sporządzanie i wdrażanie procedur bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami • sporządzanie i wdrażanie procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej	• uzupełnianie wykazu w razie zaistnienia zdarzenia
	• prowadzenie wykazu zranień ostrymi narzędziami	• na bieżąco
	• sporządzanie raportu o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami	• nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
	• weryfikacja procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, rozważenie prowadzenia zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym – w konsultacji z przedstawicielami pracowników	• okresowo

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

KONTROLE WEWNĘTRZNE

lekarze prowadzący praktyki zawodowe	przeprowadzanie kontroli wewnętrznych, obejmujących ocenę prawidłowości i skuteczności: 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej 5) wykonywania badań laboratoryjnych 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej	• okresowo, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy
	• sporządzanie raportu kontroli wewnętrznych	• przechowywać przez okres nie krótszy niż 10 lat od dnia zakończenia kontroli wewnętrznej • okazywać na żądanie organów Sanepidu w przypadku kontroli
	• sporządzanie dokumentacji z realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych	• przechowywać przez 10 lat

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych

APARATY RENTGENOWSKIE

lekarze prowadzący praktyki zawodowe, używający aparatów rentgenowskich	prorowadzenie pomiarów dawek indywidualnych albo pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy oraz rejestrowanie danych w tym zakresie	• przegląd i okresowa aktualizacja systemu przez kierownika jednostki ochrony zdrowia
	dokumentowanie systemu zarządzania jakością	• wdraża i prowadzi kierownik jednostki
	system rejestracji i analizy wystąpienia narażenia przypadkowego	• co najmniej raz w roku, doraźnie w razie potrzeby • w wypadku działalności prowadzonej osobiście (jednoosobowej) audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę, która jest uprawniona do stosowania medycznych procedur radiologicznych podlegających temu audytowi • raport z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego jest przekazywany kierownikowi jednostki, a kierownik przekazuje niezwłocznie kopię raportu do właściwej komisji procedur i audytów
	przeprowadzanie audytów wewnętrznych obejmujących: 1) zgodność procedur roboczych z wzorcowymi 2) analizę zdjęć odrzuconych 3) sposób postępowania z podstawową dokumentacją medyczną 4) częstość wykonywania i wyniki bieżących testów eksploatacyjnych 5) wielkość dawek otrzymywanych przez pacjentów w stosowanych procedurach radiologicznych i porównanie ich z odpowiadającymi tym procedurom wartościami poziomów referencyjnych określonych w załączniku nr 2 do rozporządzenia, jeżeli takie wartości określono	• co najmniej raz w roku, doraźnie w razie potrzeby • w wypadku działalności prowadzonej osobiście (jednoosobowej) audyt wewnętrzny może być przeprowadzony przez jedną osobę, która jest uprawniona do stosowania medycznych procedur radiologicznych podlegających temu audytowi • raport z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego jest przekazywany kierownikowi jednostki, a kierownik przekazuje niezwłocznie kopię raportu do właściwej komisji procedur i audytów
	testy eksploatacyjne (podstawowe), w tym: • urządzenia stosowane w radiografii ogólnej analogowej: – zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu – powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu – rozdzielczość wysoko- i niskokontrastowa – co 6 miesięcy – kratka przeciwrozproszeniowa – co 3 miesiące – system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych – kasety – co 6 miesięcy – procesy wywoływania – w każdym dniu pracy wywoływarki – pomieszczenie ciemni – co 6 miesięcy – ocena zdjęć RTG – w każdym dniu korzystania z negatoskopu • urządzenia stosowane w radiografii ogólnej cyfrowej: – zgodność pola promieniowania z polem świetlnym – raz w miesiącu – powtarzalność ekspozycji dawki – raz w miesiącu – rozdzielczość wysoko i niskokontrastowa – co 12 miesięcy – kratka przeciwrozproszeniowa – co 3 miesiące – system automatycznej kontroli ekspozycji (AEC) – 6 miesięcy po każdych testach specjalistycznych – artefakty – co 6 miesięcy UWAGA: w powyższym zestawieniu nie uwzględniono wszystkich testów urządzeń wymienionych w rozporządzeniu, w tym m.in. testów urządzeń stosowanych we fluoroskopii i angiografii, w tomografii komputerowej, stomatologicznej tomografii komputerowej wiązki stożkowej, mammografii analogowej, mammografii cyfrowej, urządzeń stosowanych w stomatologii, densytometrii kostnej, monitorów stosowanych do prezentacji obrazów medycznych oraz testów drukarek stosowanych do tworzenia kopii cyfrowych obrazów medycznych.	

	testy eksploatacyjne (specjalistyczne)	• co najmniej raz na 12 miesięcy
	niezależnie od częstotliwości wykonywania testów eksploatacyjnych, testów specjalistycznych i testów podstawowych po każdej naprawie urządzenia radiologicznego i urządzenia pomocniczego przeprowadzonej w zakresie, który może mieć wpływ na jakość diagnostyczną uzyskiwanego obrazu lub na dawkę, jaką otrzymuje pacjent, należy ponownie wykonać odpowiednio testy eksploatacyjne albo testy specjalistyczne i testy podstawowe, przynajmniej w zakresie uzasadnionym specyfikacją wykonanej naprawy.	
	szkolenie z zakresu ochrony radiologicznej	• obowiązek uzyskania co najmniej 20 punktów szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 29 listopada 2000r. – Prawo atomowe
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 marca 2007 r. w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych – uwaga! rozporządzenie utraci moc z chwilą wejścia nowych przepisów wykonawczych, nie później niż z dniem 23 września 2021 r.
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej – uwaga! rozporządzenie utraci moc z chwilą wejścia nowych przepisów wykonawczych, nie później niż z dniem 23 września 2022 r.

OCENA RYZYKA ZAWODOWEGO

lekarze – pracodawcy, prowadzący praktyki zawodowe	• ryzyko zawodowe występujące przy wykonywanych pracach, w szczególności przy doborze wyposażenia stanowisk i miejsc pracy, stosowanych substancji i preparatów chemicznych, biologicznych, rakotwórczych lub mutagennych oraz zmianie organizacji pracy • należy uwzględnić wszystkie czynniki środowiska pracy występujące przy wykonywanych pracach oraz sposoby wykonywania prac	• nie wskazano minimalnej częstotliwości • zaleca się przeprowadzanie oceny ryzyka zawodowego okresowo i zawsze wówczas, gdy wykorzystywane do jego oceny informacje straciły swoją aktualność, a w szczególności w następujących przypadkach: – przy tworzeniu nowych stanowisk pracy – przy wprowadzaniu zmian na stanowiskach pracy (np. technologicznych lub organizacyjnych) – po zmianie obowiązujących wymagań, odnoszących się do ocenianych stanowisk pracy – po wprowadzeniu zmian w stosowanych środkach ochronnych – w razie wykrycia błędów w poprzedniej ocenie ryzyka zawodowego
	dokumentacja oceny ryzyka zawodowego oraz zastosowanych niezbędnych środków profilaktycznych	

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy
- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy

REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

lekarze prowadzący praktyki zawodowe	zgłoszenie wniosku o zmianę wpisu w wypadku zmiany danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	• 14 dni od momentu zaistnienia zmiany
--------------------------------------	--	--

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

STATYSTYKA

lekarze prowadzący praktyki zawodowe	złożenie sprawozdania statystycznego za pośrednictwem Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl) lub w formie papierowej	wg terminów określonych dla właściwych formularzy (https://ssoz.ezdrowie.gov.pl)
--------------------------------------	---	---

Podstawa prawna:

- ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej

OBOWIĄZKI STATYSTYCZNE PRAKTYK LEKARSKICH

INFORMACJE OGÓLNE:

- obowiązek złożenia sprawozdania dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów prowadzących praktyki zawodowe – jeżeli obejmuje ich zakres sprawozdania;
- obowiązek sprawozdawczy nie dotyczy tzw. praktyk kontraktowych („wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”), jeżeli ich zakres sprawozdania zostanie uwzględniony w sprawozdaniu składanym przez podmiot „macierzysty”.

UWAGA! W 2020 r. doszło do zmiany portalu, za pomocą którego należy składać sprawozdania statystyczne. Rekomendujemy Państwu wcześniejsze zapoznanie się z funkcjonalnością portalu.

NUMER FORMULARZA	KOGO DOTYCZY I ZAKRES SPRAWOZDANIA	TERMIN ZŁOŻENIA	MIEJSCE ZŁOŻENIA
formularz MZ 06	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną • sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach	do 30 września 2021 r. za rok szkolny 2020/2021	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 11	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ) • sprawozdania o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej	do 31 marca 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 13	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i gruźlicy • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni gruźlicy i chorób płuc	do 22 lutego 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • komórka właściwa w sprawach statystyki medycznej wskazana przez wojewodę
formularz MZ 14	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową • roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej	do 1 marca 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 15	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego • sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych	do 28 lutego 2021 r. za rok 2020	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • Instytut Psychiatrii i Neurologii • urząd wojewódzki
formularz MZ 19	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowego • sprawozdanie z działalności zespołu/oddziału leczenia środowiskowego/domowego	do 15 lutego 2021 r. za rok 2020	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii
formularz MZ 24	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii i położnictwa • roczne sprawozdanie o przerwaniach ciąży wykonanych w placówkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	do 14 lutego 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 30	• praktyki lekarskie udzielające świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, rehabilitacji narkomanów • sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej	do 15 lutego 2021 r. za rok 2020	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki • Instytut Psychiatrii i Neurologii

formularz MZ 35A	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań profilaktycznych pracowników • sprawozdanie lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących	do 2 marca 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • wojewódzki ośrodek medycyny pracy • Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
formularz MZ 35B	• praktyki lekarskie będące jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy • sprawozdanie z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami	do 2 marca 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • wojewódzki ośrodek medycyny pracy • Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
formularz MZ 54	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych, biorące udział w szczepieniach ochronnych • roczne sprawozdanie ze szczepień ochronnych	do 31 stycznia 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna • w formie papierowej
formularz MZ 55	• wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, w tym praktyki lekarskie • meldunek o zachorowaniach na gripę	cztery razy w miesiącu, tj. w dniach: 7., 15., 22. i ostatnim dniu miesiąca po zakończeniu przyjęć	• powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna
formularz MZ/N 1a	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w związku z rozpoznaniem i podejrzeniem nowotworu złośliwego • karta zgłoszenia nowotworu złośliwego	• stały dostęp • sukcesywnie • raz w miesiącu do 15. dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby – w formie papierowej • do 15 stycznia 2021 r. za grudzień 2020 r.	• Krajowy Rejestr Nowotworów • Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy • wojewódzkie biura rejestracji nowotworów
formularz MZ 88	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	do 12 marca 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz MZ 89	• praktyki lekarskie udzielające ambulatoryjnych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych • sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą	do 12 marca 2021 r. wg stanu na 31 grudnia 2020 r.	• portal sprawozdawczy Centrum e-Zdrowia https://ssoz.ezdrowie.gov.pl • urząd wojewódzki
formularz ZD 2	• praktyki lekarskie prowadzące działalność leczniczą z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji stacjonarnej • sprawozdanie z opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klasy 86.10	do 26 lutego 2021 r. za rok 2020	• portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl
formularz ZD 3	• praktyki lekarskie świadczące usługi wyłącznie w ramach środków publicznych • sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zaklasyfikowanej według PKD do klas: 86.21, 86.22 i 86.23	do 28 stycznia 2021 r. za rok 2020	• portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl
formularz ZD 4	• praktyki lekarskie zgłoszone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne • sprawozdanie w zakresie pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego zaklasyfikowanej według PKD do podklasy 86.90.B	do 27 stycznia 2021 r. za rok 2020	• portal sprawozdawczy GUS https://raport.stat.gov.pl

Podstawa prawna: rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 z dnia 25 listopada 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 2107)

BIULETYN

NR 7 (200)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, XII 2020

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

UCHWAŁA Nr 18/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie przyznania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) w zw. z pkt. 12 załącznika nr 3 do Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r., w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 1/19/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentyistów w celu doskonalenia zawodowego oraz regulaminu przyznawania stypendiów uchwała się, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Lekarska przyznaje Stypendia Naczelnej Rady Lekarskiej lekarzom i lekarzom dentyistom wymienionym w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

Załącznik jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

UCHWAŁA Nr 19/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 grudnia 2020 r.

w sprawie wysokości dotacji przeznaczanej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez okręgowe izby lekarskie w 2021 r.

Na podstawie art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W 2021 r. przeznaczają się kwotę 300 000 zł na dotacje, o których mowa w § 8 uchwały Nr 21/18/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 grudnia 2018 r.

w sprawie Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, dla okręgowych izb lekarskich z przeznaczeniem na organizację doskonalenia zawodowego.

§ 2.

1. Dotacje przyznawane są w trzech turach, trzy razy do roku, w wysokości każdorazowo 1/3 kwoty, o której mowa w § 1 uchwały.

2. Decyzje o przyznaniu dotacji podejmuje Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej w drodze uchwały.

§ 3.

1. Maksymalną wysokość dotacji, jaka może zostać przyznana danej okręgowej izbie lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego prowadzonego przez tę izbę w jednej turze, z zastrzeżeniem ust. 2, ustala się dla poszczególnych okręgowych izb lekarskich na poziomie:

Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	3 584 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej	1 877 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy	2 373 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie	1 188 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	6 759 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim	599 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach	9 125 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Kielcach	2 483 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie	879 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	9 048 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie	5 705 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	7 418 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Olsztynie	2 011 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Opolu	1 685 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Płocku	723 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Poznaniu	7 847 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie	2 620 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie	3 394 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie	876 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu	1 627 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	16 791 zł
Okręgowa Izba Lekarska we Wrocławiu	8 228 zł
Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze	2 055 zł
Wojkowska Izba Lekarska	1 104 zł

2. W przypadku, gdy nie wszystkie okręgowe izby lekarskie złożą wnioski o dofinansowanie w danej turze, maksymalne wysokości dotacji, jakie mogą zostać przyznane tym okręgowym izbom lekarskim, które złożyły wnioski o dofinansowanie, są zwiększane proporcjonalnie do liczby członków danej okręgowej izby lekarskiej oraz wysokości wnioskowanej dotacji przy użyciu algorytmu zawartego w załączniku do uchwały Nr 186/19/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2019 r.

§ 4.

Dotacja może stanowić do 50% kosztów kształcenia poniesionych przez okręgową izbę lekarską i może obejmować wyłącznie koszty wynagrodzenia prowadzących szkolenie, koszty wynajęcia sali, koszty promocji szkolenia oraz koszty materiałów edukacyjnych (pomocy dydaktycznych) przekazanych nieodpłatnie uczestnikom szkolenia.

§ 5.

W przypadku, gdy suma wnioskowanych dotacji przekracza 1/3 kwoty, o której mowa w § 1 uchwały, wysokość dotacji zależy od wysokości wnioskowanej kwoty dotacji oraz liczby członków okręgowych izb lekarskich i jest wyliczana na podstawie algorytmu, o którym mowa w § 3 ust. 2.

§ 6.

W przypadku, gdy suma wnioskowanych w danej turze dotacji będzie mniejsza od 1/3 kwoty, o której mowa w § 1, to kwotę przypadającą na dotację w kolejnej turze powiększa się o wartość dotacji niewykorzystanych w poprzedniej turze.

§ 7.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 20/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2021

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Ustala się budżet Naczelnej Izby Lekarskiej na rok 2021 stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

Załącznik do uchwały jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 21/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2020 r.
w sprawie zmiany przeznaczenia
funduszu celowego**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Dokonać zmiany przeznaczenia funduszu celowego przeznaczonego na zakup lub budowę nowej siedziby w ten sposób, że przeznaczyć go na cele remontowo-inwestycyjne.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 22/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2020 r.
w sprawie zmiany uchwały w sprawie
szczegółowego trybu postępowania w sprawach
przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza
i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy
i lekarzy dentystów**

Na podstawie art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493) i art. 5 pkt 3, 4, 6 i 11 oraz art. 6, 7 i 49 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 i 1291) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., Nr 23/19/VII z dnia 31 maja 2019 r. i Nr 34/19/VIII z dnia 18 października 2019 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 20 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2020 r. oraz wykaz czteroznakowych kodów specjalności uzyskiwanych na podstawie tych aktów prawnych stanowi załącznik nr 4 do uchwały.”;

2) w załączniku nr 4 do uchwały:

a) tytuł załącznika otrzymuje brzmienie:

„Wykaz aktów prawnych, na podstawie których lekarz, lekarz dentysta uzyskiwał specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od 1951 r. do 2020 r. oraz wykaz czteroznakowych kodów specjalności uzyskiwanych na podstawie tych aktów prawnych”

b) w pkt 45 po wyrażeniu „oraz 2019 r. poz. 60 i 150, t. jedn. 537, 577 i 730” dodaje się wyrażenie: „oraz z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493”;

c) po pkt 74 dodaje się średnik i pkt 75 oraz tabelę w brzmieniu:

„75) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2020 poz. 1566)

NUMER KODU SPECJALNOŚCI	NAZWA SPECJALNOŚCI LEKARSKIEJ
0731	Alergologia
0701	Anestezjologia i intensywna terapia
0732	Angiologia
0733	Audiologia i foniatria
0734	Balneologia i medycyna fizykalna
0702	Chirurgia dziecięca
0735	Chirurgia klatki piersiowej
0736	Chirurgia naczyniowa
0703	Chirurgia ogólna
0737	Chirurgia onkologiczna
0738	Chirurgia plastyczna
0704	Chirurgia szczękowo-twarzowa
0739	Choroby płuc
0792	Choroby płuc dzieci
0705	Choroby wewnętrzne
0706	Choroby zakaźne
0707	Dermatologia i wenerologia
0740	Diabetologia
0708	Diagnostyka laboratoryjna
0741	Endokrynologia
0799	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość
0796	Endokrynologia i diabetologia dziecięca
0710	Epidemiologia
0742	Farmakologia kliniczna
0743	Gastroenterologia
0797	Gastroenterologia dziecięca
0709	Genetyka kliniczna
0744	Geriatrya
0787	Ginekologia onkologiczna
0745	Hematologia
0788	Hipertensjologia
0746	Immunologia kliniczna
0801	Intensywna terapia
0747	Kardiochirurgia
0748	Kardiologia
0762	Kardiologia dziecięca
0793	Medycyna lotnicza
0794	Medycyna morska i tropikalna
0749	Medycyna nuklearna
0750	Medycyna paliatywna
0711	Medycyna pracy
0712	Medycyna ratunkowa
0713	Medycyna rodzinna
0714	Medycyna sądowa

NUMER KODU SPECJALNOŚCI	NAZWA SPECJALNOŚCI LEKARSKIEJ
0751	Medycyna sportowa
0716	Mikrobiologia lekarska
0752	Nefrologia
0798	Nefrologia dziecięca
0753	Neonatologia
0717	Neurochirurgia
0718	Neurologia
0763	Neurologia dziecięca
0789	Neuropatologia
0719	Okulistyka
0755	Onkologia i hematologia dziecięca
0754	Onkologia kliniczna
0720	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
0721	Otorynolaryngologia
0790	Otorynolaryngologia dziecięca
0722	Patomorfologia
0723	Pediatrya
0795	Pediatrya metaboliczna
0800	Perinatologia
0724	Położnictwo i ginekologia
0725	Psychiatria
0756	Psychiatria dzieci i młodzieży
0726	Radiologia i diagnostyka obrazowa
0727	Radioterapia onkologiczna
0728	Rehabilitacja medyczna
0757	Reumatologia
0758	Seksuologia
0759	Toksykologia kliniczna
0760	Transfuzjologia kliniczna
0761	Transplantologia kliniczna
0729	Urologia
0791	Urologia dziecięca
0730	Zdrowie publiczne
NUMER KODU SPECJALNOŚCI	NAZWA SPECJALNOŚCI LEKARSKO-DENTYSTYCZNEJ
0781	Chirurgia stomatologiczna
0704	Chirurgia szczękowo-twarzowa
0782	Ortodoncja
0783	Periodontologia
0784	Protetyka stomatologiczna
0785	Stomatologia dziecięca
0786	Stomatologia zachowawcza z endodoncją
0710	Epidemiologia
0730	Zdrowie publiczne

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 11/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 11 grudnia 2020 r.
w sprawie Narodowego Programu Szczepień
przeciw COVID-19**

Naczelna Rada Lekarska pozytywnie ocenia ogólne założenia dokumentu „Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19” dostrzegając, że są one zbieżne z międzynarodowymi wytycznymi. Dokument ten jest jednak zbyt ogólnikowy i nie zawiera wielu szczegółowych informacji określających jak Program ten ma być w praktyce realizowany. Strategia wymaga zatem doprecyzowania i dostosowania do aktualnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska zwraca przede wszystkim uwagę na bezwzględną konieczność ustawowego zapewnienia, że odpowiedzialność za ewentualne wystąpienie działań niepożądanych po podaniu szczepionki będzie spoczywała na państwie polskim i nie będzie obciążała personelu medycznego czy podmiotów, które prowadzić będą akcję szczepień. Jednoznaczne i mające umocowanie w przepisie prawa powszechnie obowiązującego przyjęcie przez państwo polskie odpowiedzialności za bezpieczeństwo szczepionek jest kluczowe dla powodzenia akcji dobrowolnych szczepień.

Uwagi szczegółowe:

1. Narodowy Program Szczepień nie określa planowanych harmonogramów dostaw szczepionek od poszczególnych producentów.
2. Brak w opiniowanym dokumencie informacji dotyczących liczebności poszczególnych grup osób przewidzianych do szczepienia w każdym etapie Programu.
3. Konieczne jest doszczegółowienie grup osób do zaszczepienia – dokument nie daje np. jednoznacznej odpowiedzi, czy szczepieniami priorytetowymi zostaną objęci pracownicy i pensjonariusze placówek niepublicznych dla seniorów.
4. Dokument nie daje odpowiedzi, w jaki sposób ma następować weryfikacja, czy osoba mieści się w danej kategorii osób do zaszczepienia np., gdy kryterium włączenia do tej grupy jest rodzaj wykonywanej pracy.
5. Opis systemu dystrybucji szczepionek do punktów szczepień jest zbyt ogólnikowy i nie wskazuje podmiotów odpowiedzialnych za magazynowanie i dystrybucję szczepionek.
6. Strategia nie określa liczby dostępnych środków transportu zapewniających właściwe warunki chłodnicze dla szczepionek ani nie wskazuje, jak zostanie zapewniona dystrybucja innych leków, jeśli będzie konieczne zwiększenie wykorzystania środków transportu na potrzeby szczepionek. Nie wiadomo również, jak będzie zorganizowana dystrybucja środków pomocniczych (igły, strzykawki, rozpuszczalniki).
7. Strategia nie określa szczegółów organizacji punktów szczepień w przychodni, innych placówek medycznych (np. w zakresie doposażenia w niezbędne urządzenia chłodnicze do przechowywania szczepionek).
8. Brak informacji o zabezpieczeniu systemu dystrybucji szczepionek przed ryzykiem ich kradzieży.

9. Strategia nie zawiera szczegółowych informacji o systemach informatycznych dla celów monitoringu i analizy realizacji Programu szczepień oraz jaki będzie dostęp do tych systemów z poziomu wszystkich podmiotów zaangażowanych w proces realizacji Programu.

10. Brak informacji, czy system rejestracji do szczepienia będzie uniemożliwiał generowanie podwójnych skierowań dla tego samego pacjenta.

11. Brak informacji, czy pacjent będzie miał prawo wyboru szczepionki.

12. W ramach strategii powinien zostać opracowany jednolity kwestionariusz kwalifikacji pacjenta do szczepienia.

13. Dokument nie wyjaśnia, jak zostanie zrealizowana rezerwa drugiej dawki szczepionki z tej samej dostawy.

14. Strategia nie wskazuje szczegółowych zasad szczepień ozdrowieńców, ani nie określa szczegółowych przeciwwskazań dla pacjentów.

15. Weryfikacji wymaga informacja o konieczności 30 minut oczekiwania po szczepieniu – taki wymóg nie ma uzasadnienia medycznego.

16. W przeciwwskazaniach do szczepienia pominięto stan upośledzonej odporności, ciężę oraz karmienie piersią.

17. W zakresie definiowania odstępu między innymi szczepionkami pominięto konieczność zachowania 7 lub 14-dniowego odstępu między innymi szczepionkami, czego wymaga producent.

18. Brak informacji o tym, kto będzie prowadził obserwację pacjenta po zaszczepieniu, kto będzie wysyłał e-zaproszenia/e-skierowania na szczepienia.

19. Strategia nie daje odpowiedzi, co stanie się, gdy do punktu szczepień zgłosi się mniej osób niż zadeklarowano, w szczególności, w jaki sposób zapobiegać zmarnowaniu niewykorzystanych dawek szczepionki.

20. W odniesieniu do postanowień dotyczących statusu osoby zaszczepionej należy wskazać, że w ocenie WHO nie należy zwalniać osób zaszczepionych z zachowania procedur bezpieczeństwa (maski, dystans, dezynfekcja), nie zaleca się także tworzenia dyskryminacyjnych zasad promujących materialne korzyści dla osób zaszczepionych.

21. System musi być zabezpieczony przed sytuacjami fałszowania szczepionek i nielegalnym ich obrotem. W obszarze edukacji nie doprecyzowano, jakie kadry i w jaki sposób mają realizować zadania.

22. Strategia nie przewiduje aktywnego systemu monitorowania i zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Ponadto Program szczepień w zakresie warunków określonych w ogłoszeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia powinien zostać zmodyfikowany w taki sposób, aby umożliwić udział w Programie również mniejszym podmiotom, które nie będą w stanie zapewnić zdolności do wykonania 180 szczepień tygodniowo oraz jednoczesnej realizacji szczepień stacjonarnie i przez zespół wyjazdowy.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 22 grudnia 2020 r.
o utracie przez lek. Jacka Kozakiewicza
stanowiska funkcyjnego wiceprezesa
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej zgromadzenia wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej, zwołanego w dniu 11 grudnia 2020 r. w celu rozpatrzenia wniosku o odwołanie, obwieszcza się, co następuje: lek. Jacek Kozakiewicz utracił z dniem 11 grudnia 2020 r. stanowisko funkcyjne wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 22 grudnia 2020 r.
o wygaśnięciu mandatu członka Naczelnej
Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 8/20/VIII z dnia 22 grudnia 2020 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VIII kadencji 2018-2022 wygaś z dniem 17 grudnia 2020 r.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 22 grudnia 2020 r.
o uzyskaniu mandatu członka Naczelnej
Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 22 grudnia 2020 r. w sprawie uzyskania mandatu członka Naczelnej Rady Lekarskiej przez lek. Krzysztofa Hermana, obwieszcza się, co następuje: członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej na okres VIII kadencji 2018-2022 został lek. Krzysztof Herman.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 30 grudnia 2020 r.
o wygaśnięciu mandatu członka
Naczelnego Sądu Lekarskiego**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019, poz. 965) oraz § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały Nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r. w brzmieniu określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 7/16/VII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 lipca 2016 r., zmienionej uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., oraz § 3 ust. 1 pkt 7 Regulaminu Krajowej Komisji Wyborczej, stanowiącego załącznik do uchwały nr 16 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 29 stycznia 2010 r., na podstawie uchwały Krajowej Komisji Wyborczej Nr 12/20/VIII z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie wygaśnięcia mandatu członka Naczelnego Sądu Lekarskiego lek. Stanisława Bienia, obwieszcza się co następuje: z dniem 22 grudnia 2020 r. wygaś mandat członka Naczelnego Sądu Lekarskiego lek. Stanisława Bienia na okres VIII kadencji 2018-2022.

PRZEWODNICZĄCY KRAJOWEJ
KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

PRACA A PANDEMIA

Dodatek covidowy

Od listopada jednym z najpopularniejszych tematów pytań lekarzy do prawników jest tzw. dodatek covidowy – a konkretnie – zasady jego przyznawania i wypłacania.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Oficjalnie jest to dodatkowe świadczenie pieniężne wypłacane miesięcznie. Mowa o nim w poleceniu Ministra Zdrowia wydanym 4 września 2020 r. Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia (ze zmianą z 30 września 2020 r.), które następnie zostało zmienione 1 listopada 2020 r. Rozszerzono wtedy grupę podmiotów, którym takie świadczenie może przysługiwać oraz podwyższono jego kwotę. I tu pojawiają się pierwsze wątpliwości.

KONTROWERSJE

Zgodnie z art. 87 ust. 1 Konstytucji RP źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. Polecenie Ministra Zdrowia, nawet oparte o umocowanie ustawowe, nie jest źródłem powszechnie obowiązującego prawa. Ma to niezwykle istotną konsekwencję praktyczną – nie można powołać się na polecenie ministra jako źródło uprawnienia do określonego w nim świadczenia i na tej podstawie dochodzić jego zapłaty na drodze postępowania sądowego. Polecenie nie może być podstawą zasądzenia świadczenia, tak jak przepis ustawy. Art. 10 a ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, będący podstawą wydania tego polecenia, utracił moc następnego dnia po wydaniu polecenia. Co do zasady powodowałoby to utratę jego mocy. Jednak art. 42 ustawy z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu przedłużył jego obowiązywanie.

Dodatkowe świadczenie przysługuje osobom wykonującym zawód medyczny (definicja w art. 2 ust. 1 pkt 2) ustawy o działalności leczniczej), uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w podmiotach wskazanych w poleceniu i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Polecenie nie wprowadza jakichkolwiek innych kryteriów przyznawania tego świadczenia. W szczególności:

- nie wymaga określonego w jednostkach czasu wymiaru bezpośredniego kontaktu z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
- nie wyłącza prawa do dodatku dla którejś z grup pracowników medycznych.

W interpretacjach polecenia publikowanych przez NFZ wskazuje się, że udzielanie świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie

trudnieniu wymienia wśród obowiązków pracodawcy. Z kolei art. 18(3d) K.p. stanowi podstawę do żądania odszkodowania w razie naruszenia zasady równego traktowania w zatrudnieniu. Odszkodowanie nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę, zasądzona kwota ma stanowić faktyczne i skuteczne zadośćuczynienie lub odszkodowanie z tytułu krzywdy lub szkody doznanej w wyniku dyskryminacji. Odpowiedzialność pracodawcy jest w tym przypadku bezwarunkową odpowiedzialnością opartą na zasadzie ryzyka. Należy uprawdopodobnić zarzut nierównego traktowania i to pracodawca będzie musiał wykazać, że różnicując pracowników kierował się obiektywnymi powodami.

W przypadku lekarzy udzielających świadczeń na podstawie „kontraktów” nie można skorzystać z przepisów Kodeksu pracy i podstawy roszczeń można poszukiwać w przepisach Kodeksu cywilnego. Zgodnie z art.

Odszkodowanie nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę, zasądzona kwota ma stanowić faktyczne i skuteczne zadośćuczynienie lub odszkodowanie z tytułu krzywdy lub szkody doznanej w wyniku dyskryminacji.

może być incydentalne, pozostawiając ocenę tego dyrektorom placówek medycznych.

ZASADA RÓWNEGO TRAKTOWANIA

Skoro samo polecenie nie może być podstawą roszczeń, to jak domagać się wypłaty dodatkowego świadczenia? Osoby wykonujące zawód medyczny na podstawie umowy o pracę mogą oprzeć się na przepisach Kodeksu pracy. Zgodnie z art. 18(3c) § 1 K.p. pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Art. 94 pkt 2b) K.p. przeciwdziałanie dyskryminacji w za-

919 K.c., kto przez ogłoszenie publiczne przyrzekł nagrodę za wykonanie oznaczonej czynności, obowiązany jest przyrzeczenia dotrzymać. Z kolei art. 920 § 1 K.c. mówi, że jeśli więcej osób wykona tę oznaczoną czynność niezależnie od siebie, to każdej należy się nagroda w pełnej wysokości. Można potraktować Ministra Zdrowia, działającego w zakresie swoich uprawnień przyznanych przywołanymi na wstępie przepisami, za przyrzekającego dodatkowe świadczenie za pracę w bezpośrednim kontakcie z chorymi na COVID-19, a lekarzy za wykonujących tę oznaczoną przez ministra czynność. ■

OPINIE BIEGŁYCH SĄDOWYCH

O tym, jak wywalczono sprawiedliwy wyrok

Na izbę przyjęć szpitala powiatowego zgłosiła się 60-letnia pacjentka z bólem w klatce piersiowej. Dyżur miała wtedy doświadczona lekarka ze specjalizacją z chorób wewnętrznych.

Dr n. praw. **Radosław Tymiński** radca prawny

W wykonanym EKG nie stwierdzono uniesienia odcinka ST, zlecono oznaczenie stężenia troponin oraz CK-MB. W oczekiwaniu na wyniki badań lekarka dyżurna izby przyjęć skonsultowała się z kardiologiem, a następnie przyjmowała kolejnych pacjentów. Kobieta z bólem w klatce piersiowej zmarła, zanim lekarka otrzymała wyniki badań laboratoryjnych.

ZARZUTY PROKURATORY

Rodzina zawiadomiła prokuraturę, która zgodnie z procedurami zabezpieczyła

dokumentację, przesłuchała świadków i zasięgnęła opinii biegłych sądowych (prof. n. med. specjalisty kardiologii i dr. n. med. specjalisty medycyny sądowej, dalej: pierwsi biegli sądowi). Powołani biegli orzekli, że zawał serca bez uniesienia odcinka ST można było rozpoznać na podstawie samego zapisu EKG. W związku z tym prokuratura postawiła lekarce zarzut „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” w ten sposób, że „zleciła wykonanie badania EKG, które wykluczyło zawał mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST (STEMI), ale potwierdziło niedokrwienie mięśnia sercowego, a oskarżona zaniechała

unieruchomienia i monitorowania pacjentki oraz włączenia odpowiedniego leczenia” i skierowała sprawę do sądu.

W toku postępowania uzyskano cztery opinie prywatne, w tym dwie profesorów nauk medycznych specjalistów kardiologii, że postępowanie lekarki izby przyjęć było prawidłowe, a zapis EKG nie dawał podstawy do rozpoznania niedokrwienia mięśnia serca. Co więcej, nowi biegli sądowi (powołani na wniosek obrońcy), pracujący w innym ośrodku niż pierwsi biegli, również uznali postępowanie lekarki za prawidłowe.

Równolegle do procesu karnego toczyło się także postępowanie z zakresu

E-poradnik dla opiekunów domowych

Lekarze niemal każdego dnia spotykają osoby, które z dnia na dzień stają się opiekunami domowymi, nie mając żadnego doświadczenia w pielęgnacji leżących pacjentów. Przekazanie kompleksowych informacji na temat opieki nad pacjentem w trakcie wizyty w gabinecie jest praktycznie niemożliwe. Dlatego specjaliści opieki paliatywnej z Puckiego Hospicjum

pw. Św. Ojca Pio stworzyli portal – www.bliskochorego.pl – który pomaga rodzinom chorych w odnalezieniu się w tej trudnej sytuacji.

– Portal obejmuje trzy obszary tematyczne: opieka nad chorym we wszelkich aspektach, wsparcie psychologiczne dla chorego i opiekuna, pomoc i doradztwo w załatwieniu wszelkich formalności. To proste, praktyczne instrukcje z opisem działania

krok po kroku: jak postępować, czego unikać, jak łatwiej poradzić sobie w danej sytuacji, jakie rozwiązania są bezpiecznym standardem w opiece. Portal bliskochorego.pl jest rzetelnym źródłem wiedzy opiekuńczej może stanowić uzupełnienie zaleceń lekarza dla pacjentów pozostających pod opieką domową – informuje Dorota Olszewska, lekarz, Kierownik Medyczny Puckiego Hospicjum. ■

odpowiedzialności zawodowej w sądzie lekarskim, który uznał działanie lekarki za prawidłowe, a opinię pierwszych biegłych sądowych w uzasadnieniu orzeczenia określił jako „nierzetelną” i opartą na „nieaktualnej wiedzy medycznej” i w związku z tym utrzymał w mocy decyzję okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej o umorzeniu postępowania. Z kolei sąd powszechny I instancji, nie zważając na te wszystkie okoliczności, wydał wyrok skazujący, uznając lekarkę za winną zarzucanego jej czynu. Podstawą tej decyzji było całkowite zaufanie do opinii pierwszych biegłych sądowych.

APELACJA Z POMOCĄ NRL

W obliczu tak niesprawiedliwego wyroku, wyczerpawszy już wszystkie dostępne narzędzia do obrony, po złożeniu apelacji od wyroku sądu I instancji, zwrócono się z prośbą o pomoc do Naczelnej Rady Lekarskiej, która postanowiła włączyć się do postępowania karnego jako przedstawiciel społeczny (może nim być każda organizacja, która ma na celu ochronę interesu społecznego lub indywidualnego, objętego jej zakresem działania) na etapie postępowania apelacyjnego.

Nie ulega dla mnie wątpliwości, że obecność na rozprawie apelacyjnej dr. n. med. Grzegorza Krzyżanowskiego jako przedstawiciela NRL i wygłoszona przez niego mowa, w której z perspektywy lekarza wskazał nieprawidłowości w opinii pierwszych biegłych sądowych, miały wpływ na

W toku postępowania uzyskano cztery opinie prywatne, w tym dwie profesorów nauk medycznych specjalistów kardiologii, że postępowanie lekarki izby przyjęć było prawidłowe.

ostateczny wyrok, który uniewinnił lekarkę. Tym samym wywalczono sprawiedliwy wyrok, co bardzo cieszy i buduje. Pytanie tylko, czy lekarze powinni walczyć o sprawiedliwe wyroki wtedy, kiedy nie popełnili przestępstwa?

ETYKA W DZIAŁANIU

Chciałbym serdecznie podziękować osobom zaangażowanym w walkę o sprawiedliwy wyrok: wszystkim biegłym prywatnym (którzy widząc nierzetelność opinii pierwszych biegłych sądowych, zrezygnowali z wynagrodzenia za sporządzenie opinii po to, żeby w ten sposób pomóc oskarżonej), członkom NRL (którzy podjęli uchwałę o wystąpieniu w tej sprawie samorządu lekarskiego w roli przedstawiciela społecznego) oraz osobom, dzięki którym możliwe było przedstawienie tej sprawy na forum NRL: dr. Grzegorzowi Wronie oraz prof. Andrzejowi Matyi. Przy tej okazji wypada też poprosić członków NRL o zastanowienie się nad wdrożeniem działań profilaktycznych.

Po pierwsze, można by spróbować wypracować zasady etyczne, którymi mają się kierować lekarze, podejmując się

opiniowania spraw sądowych (np. zasada, zgodnie z którą nie można podejmować się opiniowania, jeżeli samemu nie pracuje się na stanowisku lekarza, którego postępowanie się opiniuje – w tym wypadku wykluczyłoby to pierwszych biegłych sądowych, ponieważ żaden z nich nigdy nie pracował na izbie przyjęć szpitala powiatowego).

Po drugie, można by postulować zmiany prawne mające na celu zmniejszenie liczby spraw karnych kierowanych przeciwko lekarzom. Obecnie w wielu krajach sprawy karne o błędy medyczne należą do rzadkości (przykładowo: w Wielkiej Brytanii w 2017 r. prowadzono 23 sprawy karne przeciwko lekarzom, w Danii w 2016 r. jedynie 3 sprawy karne), podczas gdy w Polsce rocznie prowadzi się około 6 tys. postępowań karnych w sprawach o błędy medyczne.

Reasumując, proces opiniowania i doboru biegłych sądowych powinien zostać poddany pieczy samorządu zawodowego lekarzy, choćby poprzez dookreślenie zasad etycznych podejmowania się opiniowania postępowania innego lekarza, czego sobie i Państwu życzę. ■

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy Naszego Kolegę

Śp.

Prof. dr. hab. n. med. Bogdana Kamińskiego

wspaniałego Lekarza, wykładowcę akademickiego,
dobrego i życzliwego Człowieka,
związanego z Katedrą Anestezjologii i Intensywnej Terapii PSK
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Rodzinie i Bliskim Zmarłego wyrazy głębokiego
współczucia składają

*Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Naczelnej Izby Lekarskiej*

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu
wybitnej ikony polskiej medycyny

Śp.

Prof. Franciszka Kokota

światowej sławy specjalisty, współtwórcy współczesnej nefrologii.
Był wybitnym nauczycielem, wzorem i inspiracją dla
wielu pokoleń lekarzy.

Rodzinie oraz Współpracownikom składamy wyrazy
głębokiego współczucia

*Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
z Członkami Prezydium NRL*

Skazani na empatię



**Pandemia niejedno
wyróciła do góry
nogami. Nie inaczej będzie
z charakterem felietonu.**

Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

Zwykle remanent robi się na koniec roku. U nas będzie dziś nieco pandemicznie, bowiem właśnie z początkiem, a nie z końcem poprzedniego roku, postaram się wskazać te obszary, które budzą największe zainteresowanie i odesłać do bogatej dokumentacji działań w nich podejmowanych, gdyż z naturalnych względów w gazecie nie ma na to tyle miejsca.

Oczywiście zainteresowanie tym czy innym tematem nie bierze się z nadmiaru czasu stomatologów, a stąd, że w danym obszarze albo władze publiczne czegoś nie zrobiły, albo wręcz przeciwnie – „twórczo” rozwijają pomysły z lat ubiegłych.

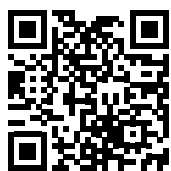
Uwagze Państwa polecam szczególnie temat EDM. Zależy nam bardzo na wypełnieniu przez Was ankiety, której wyniki mają zobrazować najważniejsze przeszkody w cyfryzacji dokumentacji naszych praktyk. Jest też prezentacja z kolejnym objaśnieniem zawartości – tym razem o wymianie EDM, która – co tu dużo mówić – jest sensem tej całej wielkiej reformy.

W zestawieniu nie mogło oczywiście zabraknąć takiego evergreenu jak relacje z NFZ. Tam polecam mało eksponowany, niemniej wielce wymowny wątek związany z ustanowieniem nielimitowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży (tej nieletniej rzecz jasna). To piękny przykład zadekretowanego szczęścia,

**Zależy nam bardzo na wypełnieniu przez
Was ankiety, której wyniki mają zobrazo-
wać najważniejsze przeszkody w cyfryzacji
dokumentacji naszych praktyk.**

a w komentarzu zwracam uwagę, że jest to regulacja ustawowa zaadresowana do Funduszu, a nie do nas, i nie powinniśmy ponosić z tego tytułu niedogodności.

I tu dochodzimy do puenty zasygnalizowanej w tytule. Trudno oprzeć się wrażeniu, że wymaga się od nas pewnego nietypowego rodzaju empatii. Każdy wie, że szczególnie w ciężkich czasach godne to i sprawiedliwe mieć wzgląd na dobro bliźnich. Ale wymaga się od nas chyba heroicznego zawierzenia, że inni postąpią tak samo. No bo jeśli ciężkie czasy, to leczyć wypada, nie pytając, czy się to kalkuluje biznesowo. Jak zaprzestać pracy (np. gabinety szkolne), to też „na wiarę”, że ktoś to wyrówna. Jeśli projektuje się kolejny rodzaj zaświadczenia albo atestacji – cóż... każdy chce żyć, prawda? Dalej jest już tylko ciekawiej, bo oczekuje się chyba, że z aprobatą wręcz przyjmujemy nie tylko lekarzy spoza UE, ale wdzieranie się pozamedycznej działalności gospodarczej w obszar medycyny (wszak czasy ciężkie i niektórzy uważają, że powinniśmy się również miejscem na rynku podzielić). Myślę, że dobrze byłoby nas co jakiś czas zapytać, czy taka bezgraniczna empatia rzeczywiście nas uszczęśliwia. ■



**NFZ
WYCENA, WYKONANIA ITP.**

<https://stom.hipokrates.org/link/4>



**RADIOLOGIA STM
CO ZE ZGODAMI NA PROCEDURY?**

<https://stom.hipokrates.org/link/5>



**EDM
ANKIETA I PRZEWODNIKI**

<https://stom.hipokrates.org/link/6>

STOMATOLOGIA

Rządowy luz

Lekarzom i stomatologom spoza UE poluzowano dostęp do wykonywania zawodu w Polsce. Będzie im znacznie łatwiej o pracę. Oburzenia i obaw nie brakuje, bo to zasadnicza zmiana dotychczasowych reguł gry.

Mariusz Tomczak dziennikarz



Dzięki nowym przepisom w uproszczony sposób pracę w Polsce będą mogli podejmować m.in. lekarze i stomatolodzy spoza UE

Jest wiele argumentów wskazujących na to, że kontrowersyjna liberalizacja przepisów dotyczących medyków spoza UE nie jest związana z trwającą pandemią. Trzeba jednak spojrzeć na szerszy kontekst społeczno-polityczny. Bez tego trudno zrozumieć niedawne zmiany w przepisach prawa wprowadzone z myślą o cudzoziemcach.

Na mocy „ustawy covidowej” uchwalonej 28 października przez Sejm lekarze i stomatolodzy spoza UE zyskali możliwość pracy w Polsce na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność

lecniczą. Wymagania w stosunku do nich są mniejsze niż stawiane osobom kończącym kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny w polskich uczelniach (szerzej omawialiśmy to w poprzednim numerze). Jeszcze dalej poszła uchwalona 27 listopada i podpisana przez prezydenta Andrzeja Dudę w ostatnich dniach grudnia „ustawa o kadrach medycznych”, pozwalająca m.in. na zatrudnianie medyków spoza UE o niedostatecznie weryfikowanych kwalifikacjach i kompetencjach zawodowych (bez nostryfikacji dyplomu, bez odbycia lub uznania stażu podyplomowego, bez zdania egzaminu LEK czy LDEK) oraz bez weryfikacji znajomości języka polskiego (wystarczy złożenie oświadczenia).

PANDEMIA JAKO PRETEKST

– Pod pretekstem walki z bieżącą sytuacją epidemiczną wprowadza się możliwość uzyskania prawa wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty na okres pięciu lat. Tak długi czas, na jaki ma być przyznawane „warunkowe” PWZ, zaprzecza tezie, że rozwiązanie to ma charakter czasowy i związane jest z sytuacją epidemiczną. Mamy do czynienia z trwałym i systemowym poluzowaniem dostępu do zawodów medycznych – uważa prezes NRL Andrzej Matyja. Dzięki nowym przepisom w naszym kraju w uproszczony sposób będą mogli podejmować pracę nie tylko absolwenci zza naszej wschodniej granicy, gdzie bariera językowa i kulturowa nie jest wielka, ale również m.in.

z Azji i Afryki. W jaki sposób osoby nieznające polszczyzny będą komunikowały się z pacjentami, nie wiadomo. Takie osobliwe przepisy weszły w życie pomimo tego, że od wielu lat głośno mówi się o niedostatkach w komunikacji lekarz-pacjent. – Nie mogę zrozumieć, w jaki sposób lekarz czy stomatolog, nie znając języka polskiego przynajmniej w stopniu komunikatywnym, uzyska świadomą zgodę na leczenie. Nie wiem, po co latami budowaliśmy system praw pacjenta, skoro teraz mocą ustawy uznaje się, że komunikacja między lekarzem i pacjentem ma drugorzędne znaczenie – komentuje wiceprezes NRL Andrzej Cisko.

OD SZUMOWSKIEGO DO NIEDZIELSKIEGO

Gwoli ścisłości trzeba dodać, że przepisy szeroko otwierające dostęp do pracy osobom spoza UE próbowano wprowadzić w toku prac nad ostatnią nowelizacją ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przez kilka miesięcy nic nie budziło takich sporów jak regulacje szykowane z myślą o cudzoziemcach. Kontrowersyjne przepisy znalazły się w projekcie tamtej ustawy jesienią 2019 r., gdy ministrem zdrowia był Łukasz Szumowski. Nowelę uchwalono w lipcu 2020 r., ale – ku zaskoczeniu wielu osób – bez przepisów otwierających dość szeroko drzwi dla absolwentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego spoza UE. Doszło do tego kilka miesięcy później po objęciu urzędu ministra zdrowia przez Adama Niedzielskiego.

POLITYKA A RYNEK PRACY

Dyskutując o otwieraniu rynku pracy, nie da się uciec od „wielkiej polityki”. Z jednej strony będący u władzy od 2015 r. obóz Zjednoczonej Prawicy podejmuje różne działania, uzasadniając je ochroną polskiego rynku pracy i dość sceptycznie odnosi się do niektórych elementów polityki migracyjnej formułowanej w Brukseli, co od kilku lat stanowi jedną z ważniejszych osi sporu w debacie publicznej. Z drugiej – gdyby traktować głoszone przez rząd hasła dosłownie, szerokie otwieranie drzwi dla medyków spoza UE w tak kontrowersyjny sposób, w jaki to zrobiono w ramach tzw. ustawy covidowej i ustawy o kadrach medycznych, w ogóle nie powinno mieć miejsca. Zbyt często politykom patrzy się na usta, zapominając, że najważniejsze nie są ich obietnice i deklaracje, lecz czyny. Przybywa danych krajowych i międzynarodowych wskazujących na to, że rząd premiera Mateusza Morawieckiego godzi się albo, poprzez brak podjęcia

pewnych decyzji, przyzwala na szybko rosnący i nie do końca kontrolowany udział siły roboczej z zagranicy, co nie pozostaje bez wpływu na nasz rynek pracy. Zwróćmy uwagę, że od ponad pięć lat o biegu spraw w naszym państwie decyduje w zasadzie ta sama większość parlamentarna i wywodząca się z tego obozu głowa państwa, więc gdyby u rządzących była wola polityczna, te dane mogłyby być inne.

LICZBY NIE KLAMIA

Niespełna 1,5 roku temu OECD poinformowała, że w 2017 r. Polska stanowiła najpopularniejszy cel migracji zarobkowych nie tylko w Europie, ale na świecie. Do naszego kraju przyjechało w tym czasie ponad 1,1 mln obcokrajowców chcących poprawić swoją sytuację finansową (dla porównania: do USA ok. 0,7 mln). Natomiast z opublikowanych kilka miesięcy temu danych GUS wynika, że w latach 2015-2019 w naszym kraju nastąpił systematyczny wzrost liczby wydawanych zezwoleń na pracę cudzoziemcom. W 2019 r. wydano ich prawie 445 tys. (tj. o 116 tys. więcej niż w 2018 r. i o 379 tys. więcej niż w 2015 r.), najczęściej obywatelom Ukrainy (ponad 74 proc.). Można się spierać, czy to mało, czy dużo, ale trend jest oczywisty. Kiedy dokładniej wczyta się w te liczby, łatwiej zrozumieć, dlaczego rządzący zdecydowali się na zasadniczą zmianę reguł gry na medycznym rynku pracy poprzez obniżenie wymogów dostępu do wykonywania zawodu dla osób z uzyskanymi w państwach nienależących do UE dyplomami lekarzy i stomatologów na niespotykaną dotąd skalę i w formie, która wielu bulwersuje. Skoro podobne zjawisko obserwowane jest w innych branżach, nie powinno dziwić, że teraz dotknęło ono sektor ochrony zdrowia.

AGENCJE SZUKAJĄ KADR MEDYCZNYCH

Agencje rekrutacyjne zacierają ręce. Te, z którymi się skontaktowałem, deklarują, że są przygotowane na szybką pomoc w znalezieniu kadry medycznej. – Cały czas napływają do nas aplikacje od lekarzy ukraińskich i białoruskich, którzy chcą pracować w Polsce. Głównym powodem takiego zainteresowania jest sytuacja finansowa – mówi Tomasz Bogdevic, dyrektor generalny agencji Gremi Personal, która specjalizuje się w rekrutacji obcokrajowców głównie z Europy Wschodniej. To, że zainteresowanie personelu medycznego z Białorusi i Ukrainy pracą w Polsce jest spore, potwierdza wiceprezes Grupy Progres Cezary Maciołek. – Sprzyja

temu niewielka odległość między naszymi krajami, bliskość kulturowa, a także aspekt finansowy – tłumaczy. Można jeszcze dodać sytuację polityczną, zwłaszcza na Białorusi, która od pewnego czasu niektórych obywateli skłania do rozważenia emigracji, tym bardziej, że wiele instytucji w naszym kraju publicznie zadeklarowało takie wsparcie.

ZALEW STOMATOLOGÓW SPOZA UE?

Wydaje się, że w najbliższych tygodniach i miesiącach nie należy się spodziewać zalewu stomatologów spoza UE. Na razie znacznie bardziej poszukiwani są lekarze. – Nie otrzymujemy pytań w sprawie stomatologów, natomiast są placówki, które sygnalizują gotowość rozważenia opcji zatrudnienia lekarzy różnych specjalności – mówi Anna Stradza z HRmedica. – W związku z sytuacją epidemiczną poszukiwani są przede wszystkim pulmonolodzy, kardiolodzy, anestezjolodzy i, jak zawsze, interniści. Stomatolodzy nie są aktualnie pierwszą poszukiwaną grupą – podkreśla Monika Banyś z Personnel Service. Sytuacja może się zmienić za kilka lat, gdy pierwsi medycy spoza UE skorzystają z przepisów uchwalonych w ostatnich tygodniach 2020 r., stając się niejako ich ambasadorami, pojawi się zapotrzebowanie na nich na naszym rynku, agencje rekrutacyjne rozszerzą swoje kontakty i możliwości, a do tego nie byłoby większych problemów (w tym wpadek medialnych) z osobami, które już rozpoczęły pracę. Mogłby zadziałać efekt kuli śnieżnej. Jak dodaje Anna Stradza, zainteresowanie pracą w Polsce ze strony Ukraińców i Białorusinów rośnie, choć branża HR spodziewała się większego boomu, a kandydatów będzie dużo więcej, gdy pierwsi cudzoziemcy zaczną pracować w ramach uproszczonych procedur. – W ciągu dwóch lat byłibyśmy w stanie zrekrutować od dwóch do nawet pięciu tysięcy lekarzy i pielęgniarek – deklaruje Monika Banyś. Cezary Maciołek przyznaje, że w Polsce nie podejmowano dotąd na szeroką skalę rekrutacji zagranicznych medyków, bo nie pozwalały na to przepisy. Jak dodaje, ze strony jego agencji lekarze i stomatolodzy spoza UE mogą liczyć m.in. na kursy doszkalające w zakresie posługiwania się językiem polskim.

CO BĘDZIE ZA KILKA LAT?

W środowisku polskich lekarzy dentystów toczy się dyskusja o skutkach poluzowania dostępu do wykonywania ich zawodu. Pojawiają się głosy, że konsekwencją otwarcia rynku może być, przynajmniej

z punktu widzenia pacjentów, rosnące ryzyko popełnienia błędu medycznego, o czym otwarcie mówią przedstawiciele samorządu lekarskiego, a gdyby do takich sytuacji dochodziło, przełożyłoby się to na atmosferę panującą we wszystkich gabinetach stomatologicznych. Mówi się, że napływ stomatologów spoza UE zahamuje realne dochody części polskich lekarzy dentystów, bo pojawi się konkurencja ze strony osób godzących się pracować za stawki nieakceptowalne dla wielu z nich. W związku z tym, że stomatolodzy korzystający z uproszczonej procedury przyznania PWZ byłiby bardzo mocno przywiązani do konkretnego podmiotu, należałoby postawić pytanie, na ile można by ich zaliczać do grona osób wykonujących „wolny zawód”. W grę wchodzi także prawdopodobne spowolnienie wzrostu cen usług stomatologicznych, co z punktu widzenia pacjentów byłoby korzystne. Te wszystkie przewidywania są do pewnego stopnia wielką zagadką, bo nie wiadomo, ilu stomatologów spoza UE skorzysta z możliwości pracy w Polsce. Nie wiadomo również tego, na ile ci, co przyjadą, zechcieliby się na stałe związać z naszym krajem. – Wielu lekarzy i stomatologów, których z uwagi na ich umiejętności warto by zatrzymać w dłuższej perspektywie, potraktuje Polskę jako przystanek na drodze do Europy Zachodniej – uważa dr Andrzej Cisło. Nie jest to mało prawdopodobne, skoro wśród osób mających stosunkowo wąskie i cenione na rynku kwalifikacje, a do takich niewątpliwie należą stomatolodzy, obserwuje się

zjawisko „nomadyzmu” wynikające z możliwości dawanych przez globalizację i ponadnarodowe procesy integracyjne. Gdyby sporo przyjeźdźnych miało takie podejście, nadzieja pokładana we wprowadzonych przepisach, że dzięki nim stosunkowo szybko zwiększy się liczba lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce, spaliłaby na panewce.

KTO ZATRUDNI CUDZOZIEMCÓW?

Zapytałem większych graczy na rynku, czy planują rekrutację stomatologów z krajów spoza UE, a jeśli tak, to w jaki sposób dokonają weryfikacji ich wiedzy i kompetencji zawodowych, a także znajomości języka polskiego. Część rzeczników prasowych nabrała wody w usta. Biuro prasowe PZU odpowiedziało, że nie planuje pozyskiwać pracowników z zagranicy, a od kadry medycznej wymagana jest m.in. biegłość w zakresie języka polskiego umożliwiająca swobodną komunikację z pacjentami, potwierdzona np. certyfikatem językowym lub ukończonym kursem. „Obcokrajowców aplikujących do placówek medycznych PZU Zdrowie obowiązują takie same zasady rekrutacji, jak kandydatów z polskim obywatelstwem” – wskazano. Dyskusja o kontrowersyjnych przepisach wprowadzonych w ostatnich tygodniach 2020 r. prędko nie ucichnie. Krytycznie odnoszą się do nich samorządy zawodów

W 2017 r. Polska stanowiła najpopularniejszy cel migracji zarobkowych na świecie (dane OECD).

medycznych, apelując do pacjentów o wywieranie nacisku na polityków, by nie lekceważyli ich głosu. – To eksperyment, na który ani środowiska medyczne, ani obywateli nie powinni się godzić – tymi słowami prof. Andrzej Matyja określił ustawę o kadrach medycznych. Jak podkreśla dr Andrzej Cisło, samorząd lekarski będzie przyglądał się wszystkim przypadkom dopuszczającym do pracy w naszym kraju. – Co do zasady lekarze niebędący specjalistami mają być zatrudniani w jednostkach walczących z COVID-19, ale w przypadku „dużego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne”, minister może wydać zgodę na odstępstwo od tej reguły – mówi wiceprezes NRL, dodając, że to przepis niedookreślony. – Zobaczymy, co

będzie w praktyce i jakimi kryteriami będzie kierował się minister zdrowia, przychylając się do ewentualnego zatrudnienia stomatologa w przychodni nieudzielającej świadczeń finansowanych przez NFZ – wskazuje dr Andrzej Cisło.

BĘDZIE NOWELIZACJA?

Przeciwko wprowadzanym przepisom mocno protestowała opozycja parlamentarna (Koalicja Obywatelska, Lewica, Koalicja Polska, Konfederacja), która na co dzień jest mocno podzielona w wielu sprawach, także tych dotyczących ochrony zdrowia. Niemalże opór był zresztą w łonie Klubu Parlamentarnego Prawo i Sprawiedliwość, bo część posłów i senatorów należących do obozu rządzącego podziela uwagi i obawy zgłaszane m.in. przez samorząd lekarski, choć publicznie na ogół wstrzymywali się z krytyką. Opór jest na tyle duży, że nie należy wykluczyć, że przepisy zezwalające na mało kontrolowany dostęp cudzoziemcom spoza UE do wykonywania zawodów medycznych wkrótce zostaną przynajmniej częściowo zmienione. Z informacji, do których dotarłem, wynika, że jest to rozważane w kręgach okołorządowych, bo nawet do niektórych polityków głosujących za kontrowersyjnymi przepisami w coraz większym stopniu dociera, że niedostatecznie wzięli pod uwagę całą listę zastrzeżeń. – Konieczna jest szybka nowelizacja – mówi senator Beata Małacka-Libera pytana o ustawę o kadrach medycznych, dodając, że standardy obowiązujące polskich lekarzy i lekarzy dentystów powinny dotyczyć także osób przyjeżdżających z innych krajów. ■

Minister wydał pierwsze zgody

W związku z tym, że od kilku tygodni funkcjonują trzy warianty ubiegania się o PWZ w ramach systemu uproszczonego w zależności od uzyskanych kwalifikacji przez lekarzy i lekarzy dentystów spoza UE, nie trzeba było długo czekać na to, by pojawili się pierwsi chętni. Do 20 stycznia do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 46 wniosków, głównie od osób zza naszej wschodniej granicy – 34 dotyczą lekarzy, a 12 – stomatologów (pięć postępowań zostało zakończonych, a pozostałe wnioski były w trakcie analizy lub uzupełnienia). 21 stycznia, w czasie specjalnie zwołanej konferencji prasowej w resorcie zdrowia, trzech lekarzy z Białorusi (specjaliści w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej) i dwoje z Ukrainy (urolog i pediatra) otrzymało zgodę na wykonywanie zawodu w ramach tzw. systemu uproszczonego

go z rąk ministra Adama Niedzielskiego, który nie krył satysfakcji z niedawnej zmiany przepisów. Mocno skrytykował dotychczasowy sposób przyznawania PWZ, uznając go za zbyt skomplikowany. Wyraził nadzieję, że nowa procedura zachęci kolejne osoby posiadające uprawnienia do wykonywania zawodu zdobyte w krajach spoza UE, które pracują już w Polsce, do skorzystania z nowych możliwości. – Traktuję to jako ogromną zmianę systemową – podkreślił, z czym trudno się nie zgodzić. Zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty, procedura nabycia PWZ przez lekarzy posiadających dyplom uzyskany poza UE odbywa się dwuetapowo. Minister zdrowia jest organem administracyjnym uprawnionym do wydania decyzji o udzieleniu tym osobom zgody na wykonywanie zawodu, ale PWZ można otrzymać dopiero wskutek decyzji okręgowej rady lekarskiej.

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Chodzi o dobre wzorce

Dr n. med. Maciej Michalak, stomatolog i implantolog, dyrektor medyczny Maestria Clinic w Warszawie, został ambasadorem Międzynarodowej Akademii Chirurgii Ultradźwiękowej i Implantologii (World Academy of Growth Factors & Stem Cells in Dentistry IAUSI) i jest pierwszym polskim lekarzem dentystą,

który dołączył do grona 4 tys. specjalistów z całego świata należących do tej pozarządowej organizacji.

Jej celem jest propagowanie najnowszszych badań i osiągnięć na temat wykorzystania chirurgii ultradźwiękowej w stomatologii, a także dbałość o weryfikację wiedzy oraz stosowanych różnych technik



ultradźwiękowych. – Chirurgia ultradźwiękowa w połączeniu z implantologią dynamicznie się rozwija, jest mniej inwazyjna, zapewnia szybsze gojenie się ran po zabiegach, dlatego coraz częściej stanowi alternatywę dla klasycznych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy ustnej z użyciem wiertła. Jest jednak bardzo wymagająca. Tutaj liczy się precyzja, nawet milimetrowe przesunięcia mogą zniweczyć efekty leczenia i narazić pacjenta na uciążliwe dolegliwości – tłumaczy Maciej Michalak i zaznacza, że aby tego uniknąć, niezbędne jest dzielenie się wiedzą i doświadczeniem w tej dziedzinie.

Członkowie IAUSI przygotowują wykłady, z których mogą w ramach podnoszenia swoich kwalifikacji czerpać wiedzę lekarze dentyści stosujący w swojej praktyce ultradźwięki. Dr Michalak jest absolwentem Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologicznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i m.in. koordynatorem szkoleń praktycznych kongresu FDI 2016. Jest autorem i współautorem blisko 100 publikacji naukowych w czasopiśmie polskich oraz zagranicznych. (LK) ■

Nowe finansowanie świadczeń

18 stycznia opublikowano projekt Zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

„Na podstawie przepisów ustawy o Funduszu Medycznym z dnia 7 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1875) wprowadza się bezlimitowe finansowanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż.” – czytamy w projekcie.

„Zmiany wprowadzone tym zarządzeniem mają na celu poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom do 18 r.ż.” – napisano w uzasadnieniu. Przepisy zarządzenia mają być stosowane do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2021 r. Kiedy znajdą zastosowanie w praktyce? Nie wiadomo, od wielu miesięcy gabinety szkolne są w związku z pandemią zamknięte.

Zapaść stomatologii szkolnej?

„Oczekujemy niezwłocznego podjęcia decyzji, które rozwiążą problemy, jakie pojawiły się w zakresie działalności gabinetów stomatologicznych zlokalizowanych w szkołach, deklarując jednocześnie gotowość do prac nad szczegółowymi rozwiązaniami w tej sprawie” – napisano w stanowisku Prezydium NRL podjętym 22 stycznia.

Według PNRL istnieje realne niebezpieczeństwo zapaści szkolnej opieki stomatologicznej. Lekarze dentyści prowadzący gabinety szkolne ani nie mieli szansy pracy pomiędzy falami epidemii, nie objęła ich również – z niezrozumiałych przyczyn – Tarcza 2.0. PNRL zwróciło uwagę, że wobec braku możliwości uzyskiwania dochodu nie są oni w stanie rozliczyć świadczeń wynikających z umowy z NFZ, a co za tym idzie – regulować posiadanych zobowiązań.

Pomimo wielokrotnych apeli samorządu lekarskiego i petycji wnoszonych przez środowisko stomatologów szkol-



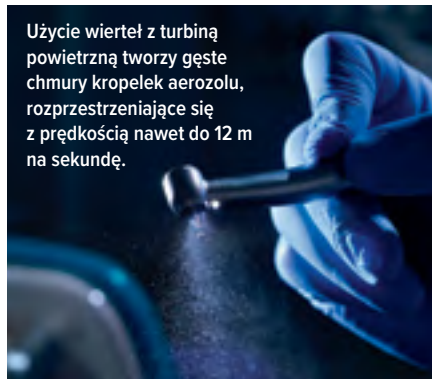
nich władze publiczne nie zdecydowały się dotąd na przedstawienie planu podtrzymania tej części lecznictwa stomatologicznego. W przypadku likwidacji dużej części gabinetów szkolnych (z czym trzeba się liczyć wobec braku możliwości ich działania) ich odtworzenie będzie niezwykle trudne, o ile w ogóle możliwe. ■

Bezpieczniej będzie wolniej

Naukowcy odkryli, że podczas zabiegów stomatologicznych można ograniczyć rozprzestrzenianie się koronawirusa dzięki wolniejszej rotacji wiertła.

Naukowcy z Imperial College London i King's College London zmierzili i przeanalizowali wytwarzanie aerozolu podczas zabiegów dentystycznych. Bazując na wynikach swoich badań, sugerują, aby lekarze dentyści unikali używania wiertła, które wykorzystują mieszankę powietrza i wody do chłodzenia oraz starannie wybierali i kontrolowali prędkość obrotową wiertła.

Głównym autorem badania był dr Antonis Sergis z Imperial's Department of Mechanical Engineering, a jego współautorem – prof. Owen Addison z Wydziału Stomatologii King's College London. Wyniki zostały opublikowane w „Journal of Dental Research” i są już uwzględniane jako dowód w poradnikach dla gabinetów stomatologicznych w Wielkiej Brytanii.



Użycie wiertła z turbiną powietrzną tworzy gęste chmury kropelek aerozolu, rozprzestrzeniające się z prędkością nawet do 12 m na sekundę.

Naukowcy sprawdzili, w jaki sposób powstają aerozole podczas zabiegów takich jak usuwanie próchnicy, nakładanie i polewanie wypełnień oraz dopasowywanie protez. Wytwarzanie aerozolu zostało zmierzane za pomocą szybkich kamer i laserów.

Odkryto, że użycie wiertła z turbiną powietrzną tworzy gęste chmury

kropelek aerozolu, które rozprzestrzeniają się z prędkością nawet do 12 m na sekundę i mogą szybko zanieczyścić całe pomieszczenie zabiegowe, a zaledwie 1 mm śliny zakażonego pacjenta zawiera do 120 mln kopii wirusa. Naukowcy przetestowali też pracę mikrosilnika elektrycznego o wysokim momencie obrotowym zarówno z zużyciem strumienia wody i powietrza, jak i bez. Odkryli, że użycie wiertła przy niskich prędkościach poniżej 100 tys. obr./min bez strumienia powietrza wytwarza 60 razy mniej kropelek niż wiertła z turbiną powietrzną.

Wyniki badania zostały przeanalizowane przez grupę ekspertów powołaną przez Wydział Ogólnej Praktyki Stomatologicznej (FGDP) oraz College of General Dentistry z Wielkiej Brytanii i opublikowane w ich przewodniku „Implikacje Covid-19 dla bezpiecznego zarządzania ogólnej praktyki stomatologicznej”. ■

Różnice rasowe w bólu zębów



Ból zębów u dzieci i młodzieży jest powszechny na całym świecie. Opisywano już czynniki społeczno-ekonomiczne, rodzinne i indywidualne związane z bólem zębów. Coraz częściej dokumentowano także różnice rasowe w doświadczaniu bólu zęba. Na przykład dzieci brazylijskie rdzenne częściej niż białe zgłaszają ból zębów, nowozelandzcy Maorysi częściej niż Europejczycy, a australijscy autochtoni częściej niż biali.

Niedawno w „Nature” zostały opublikowane wyniki badania przeprowadzonego na grupie 1452 nastolatków w wieku 14-18

lat w czterech różnych szkołach publicznych w Kuala Lumpur (Malezja). Osoby, które zidentyfikowały się jako Hindusi (26,1%), częściej zgłaszały ból zębów w porównaniu z Chińczykami (16,5%) i Malajami (20,9%), ale Chińczycy i Hindusi częściej niż Malajowie szukają pomocy.

Jak podkreślają badacze, może to mieć związek ze statusem społeczno-ekonomicznym, jednak nie należy wg nich lekceważyć konotacji związanych z kulturą poszukiwania opieki i dostępności usług dentystycznych. ■

Ekstrakcja po wypełnieniu kanału

Naukowcy z Endodontic Research Collaboration in Scandinavia: L. Bjørndal, VS

Dawson, H. Fransson, F. Frisk, P. Jonasson, T. Kvist, M. Markvart i i M. Pigg, przeprowadzili badanie na grupie 216 764 osób z co najmniej 1 wypełnieniem korzeniowym. Było to prospektywne badanie kohortowe na populacji dorosłej Szwedów. Jego celem była identyfikacja czynników związanych z ekstrakcjami zębów w ciągu 5 lat od wykonania wypełnienia kanałowego. Okazało się, że po 5 latach zostało usuniętych 9,3 proc. zębów wypełnionych kanałowo. Wysoki współczynnik ryzyka ekstrakcji związany był z każdym typem uzupełnienia kompozytowego, w tym wypełnieniami kompozytowymi i koronami połączonymi z wkładem lub bez niego. Znaczenie w utrzymaniu zdrowia okolicy zębowo-kończynowej zęba ma również rodzaj odbudowy korony jako bariery przeciwko przeciekom. Wyniki sugerują, że lekarze dentyści planujący takie leczenie powinni wziąć pod uwagę – poza rodzajem wypełnienia – także wiek pacjenta i grupę zębów, których wypełnienie dotyczy. Jak podkreślają naukowcy, badania nad przyczynami ekstrakcji zębów wypełnianych kanałowo należy pogłębiać.

OPIEKA NAD CHORYM W DOMU

Pod kontrolą pulsoksymetru

Zdalny monitoring chorych na COVID-19 leczonych w domach ma im zapewnić właściwą pomoc medyczną i odciążać POZ.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Ministerstwo Zdrowia uruchomiło ogólnopolski program Domowej Opieki Medycznej (DOM), który powstał z myślą o chorych na COVID-19 niewymagających hospitalizacji. Z automatu są nim objęci pacjenci powyżej 55. r.ż., u których stwierdzono pozytywny wynik testu na koronawirusa.

ZDAŹYĆ NA CZAS

W ramach programu listonosz Poczty Polskiej nieodpłatnie dostarcza im do domu pulsoksymetr, za pomocą którego badają oni poziom nasycenia krwi tętniczej tlenem oraz tętno. W razie pogorszenia tych parametrów urządzenie przekazuje dane do centrum monitoringu działającego przy Ministerstwie Zdrowia, gdzie są one analizowane przez konsultanta, który – jeśli zajdzie taka potrzeba – wzywa do pacjenta pogotowie ratunkowe. Chodzi o to, aby choremu na czas została udzielona odpowiednia pomoc i aby miał on zapewniony transport do szpitala.

Programem zdalnego monitoringu z wykorzystaniem pulsoksymetru mogą być także objęte osoby poniżej 55. r.ż., które mają dodatni wynik testu na COVID-19, ale by otrzymać nieodpłatnie pulsoksymetr i wejść do systemu, muszą wypełnić i przesłać specjalny formularz kontaktowy znajdujący się na stronie resortu zdrowia. Tylko tą drogą zostaną zakwalifikowane przez lekarza zarejestrowanego w systemie DOM do programu telemonitoringu. Jego istotą jest włączenie pacjenta chorującego w warunkach domowych w proces leczenia poprzez

– jak już wspomniałam wcześniej – samodzielny pomiar saturacji i tętna za pomocą pulsoksymetru oraz poprzez pomiar temperatury, zanotowanie liczby oddechów czy innych objawów chorobowych. Pacjent zakłada na palec pulsoksymetr, a urządzenie automatycznie łączy się z telefonem, na którym jest wgrana specjalna aplikacja. Wyniki, po wprowadzeniu do aplikacji na telefonie lub w komputerze, są przesyłane do systemu. Jeśli parametry któregoś z chorych się pogor-

rodzinnego, który zna swoich pacjentów i ich ograniczenia.

– Tylko nieliczna grupa seniorów potrafi korzystać z komputera czy telefonu komórkowego na tyle, aby przysyłać zebrane przez siebie dane. Często w znacznie prostszych sprawach trzeba pacjentowi tłumaczyć, jak ma stosować się do zaleceń lekarza. W tym wypadku podejrzewam, że znaczna część zakażonych po otrzymaniu pulsoksymetru nie będzie wiedziała, co z nim zrobić – uważa dr Tomasz Zieliński.

MZ wysłało do wszystkich placówek POZ informację o programie z prośbą o włączenie się lekarzy i pielęgniarek w pracę systemu DOM, ale nie uzgodniono, na jakich zasadach ma ta współpraca wyglądać.

szą, Centrum Kontaktów Domowej Opieki Medycznej będzie reagować. Pilotażowo program zaczął działać w województwie małopolskim, gdzie trafiło 1,5 tys. pulsoksymetrów. Obecnie objął już cały kraj.

POTRZEBNY INSTRUKTAŻ

Doktor Tomasz Zieliński, wiceprezes „Porozumienia Zielonogórskiego”, uważa, że inicjatywa resortu zdrowia jest bardzo cenna, jednak w praktycznym zastosowaniu zbyt szablono- i nieskoordynowana z podstawową opieką zdrowotną. Z założenia program DOM dotyczy zakażonych po 55. r.ż., a więc osób w średnim i starszym wieku, które nie tylko potrzebują pulsoksymetru, ale też instruktażu, jak mają się nim posługiwać, w jaki sposób odczytywać dane, jak je przysyłać do systemu i tu jest miejsce dla lekarza

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło wysłało do wszystkich placówek POZ informację o programie z prośbą o włączenie się lekarzy i pielęgniarek w pracę systemu DOM, ale nie uzgodniono, na jakich zasadach ma ta współpraca wyglądać.

– Zakładam, że resortowi zdrowia chodziło o odciążenie POZ, o uproszczenie procedury postępowania wobec chorych na COVID-19 leczonych w domach, ale nie uwzględniono w nim różnych nieprzewidzianych okoliczności, powinniśmy więc usiąść do stołu i określić zasady tej współpracy – podsumowuje Tomasz Zieliński. A te nieprzewidziane okoliczności mogą być różne, wystarczy, że pacjentka ma założony na paznokcie lakier hybrydowy, który nie przepuszcza impulsów z pulsoksymetru, albo że urządzenie jest niewłaściwie założone na palec. ■

NAUKA W PIGUŁCE

Białko S1

Jest coraz więcej dowodów, że osoby, które przeszły COVID-19, mają zaburzenia zdolności poznawczych oraz skarżą się na przewlekłe zmęczenie.

Zespół pod kierunkiem dr. Servio H. Ramirez z Lewis Katz School of Medicine w Temple University w Filadelfii przedstawił wyniki badania, które pokazują, że białko szczytowe (białko S) koronawirusa SARS-CoV-2 może naruszać barierę krew-mózg. Naukowcy prowadzili eksperymenty na myszach. Opisali je na łamach „Nature Neuroscience”.

Spike to białko, które pozwala wirusowi zakażać komórki. Amerykańscy naukowcy dowiedli, że białko spike (S1) wirusa pokonuje barierę krew-mózg, przedostając się tym samym do tkanki mózgu. Twierdzą oni także, że jego przenikanie do mózgu sugeruje, że może przedostawać się tam także cały wirus.

– Białko S1 prawdopodobnie nakłania mózg do wydzielania cytokin i substancji związanych ze stanem zapalnym – wyjaśnia główny autor publikacji prof. William A. Banks. Nie wiadomo, czy wolne cząsteczki białka odłączają się od wirusów, czy też nie, ale nowe szczepionki oparte na mRNA i DNA mają za zadanie zmusić organizm do produkcji właśnie białka S1.

Jak powiedział w rozmowie z PAP prof. Bank, S1 produkowane przez szczepionkę będzie prawdopodobnie w stanie pokonać barierę krew-mózg, ale kiedy połączy się z przeciwciałami, zapewne nie będzie w stanie jej przekroczyć. Tak więc użycie S1 do wzbudzenia ochrony przed wirusem będzie chronić także przed samym białkiem S1. Autorzy nowej publikacji zwracają uwagę, że białko spike koronawirusa działa

niedobro, jak białko gp120 HIV – łączy się z receptorami na komórkach i jest toksyczne dla tkanki mózgowej. Prof. Banks przez wiele lat badał białko gp120, a także reakcje bariery krew-mózg w chorobie Alzheimera, otyłości, cukrzycy i HIV. – To było jak déjà vu – mówi naukowiec. Uważa, że wirus może wchodzić w ośrodki oddechowe w mózgu i tam wywoływać problemy związane z oddychaniem chorych.

Naukowcy odkryli, że białko było wchłaniane również przez inne tkanki, m.in.: w płucach, nerkach, wątrobie i śledzionie. Wyniki badań na myszach nie zawsze przekładają się jednak na procesy zachodzące w organizmie człowieka. Naukowcy, sprawdzając oddziaływanie białka spike z laboratoryjnym modelem ludzkiej bariery krew-mózg, nie wykryli jednak jego znaczącego przenikania. Podkreślają, że wyników uzyskanych na myszach nie można więc z całą pewnością odnieść do warunków w żywym organizmie ludzkim. ■

Uda się odmłodzić mózg?



Naukowcy dowiedli, że komórki odpornościowe, zwane makrofagami, wyłączają główne szlaki metaboliczne podczas starzenia się organizmu. Wystarczy, by przywrócić metabolizm w tych komórkach, aby złagodzić spadek funkcji poznawczych u myszy

związany z wiekiem. Do takich wniosków doszli naukowcy z Uniwersytetu Stanforda, którzy wyniki swoich badań opublikowali na łamach „Nature”.

Wraz z wiekiem u większości ludzi rozwija się przewlekły, łagodny stan zapalny. Jednym z białek, którego poziom

wzrasta nie tylko podczas starzenia, ale także podczas choroby neurodegeneracyjnej, jest prostaglandyna E2 (PGE2). Naukowcy postanowili zbadać, czy PGE2 może powodować zmiany związane z wiekiem u makrofagów. Co ciekawe, autorzy stwierdzili zwiększoną produkcję PGE2 w samych makrofagach ludzkich i mysich – zarówno w mózgu, jak i w innych częściach ciała. Doprowadziło to do aktywacji PGE2 białka receptorowego EP2 w komórkach, co z kolei skutkowało zahamowaniem fosforylacji oksydacyjnej i glikolizy. Wynikający z tego stan niedoboru energii zarówno ograniczył korzystne funkcje makrofagów, jak i nasilił stan zapalny.

Badacze zauważyli, że blokowanie hormonu PGE2 oraz receptora EP2 poprawiało percepcję myszy, a nawet nastąpiło polepszenie funkcji poznawczych, które w pewnym momencie osiągnęło poziom obserwowany u młodych gryzoni. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Przyszłość należy do da Vinci

Z prof. Wojciechem Witkiewiczem, prezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Robotowej, rozmawia Lucyna Krysiak.

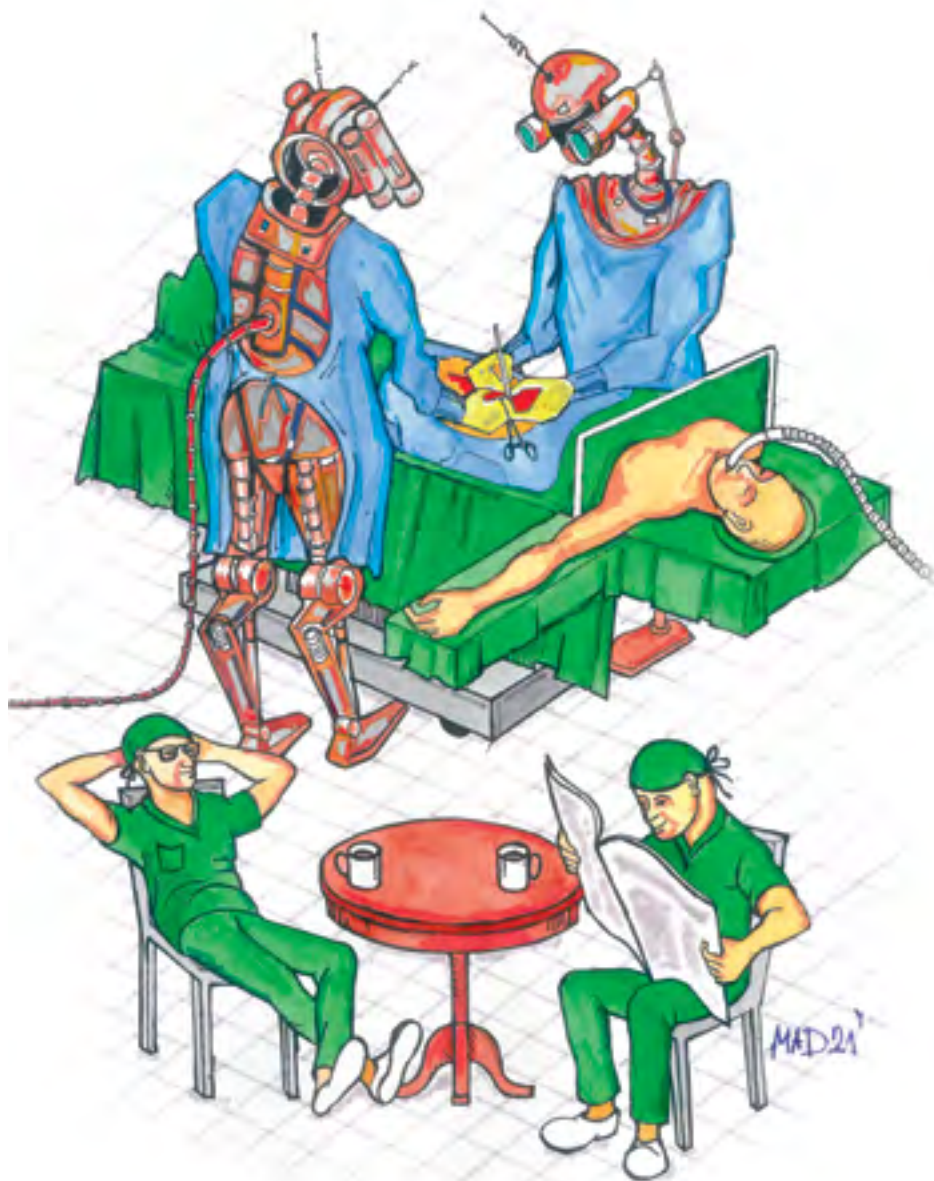


Od czego zaczęła się w Polsce historia chirurgii robotowej?

Od Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich w 2009 r., podczas którego zaprezentowano robot da Vinci. Kiedy pierwszy raz zasiadłem wówczas za jego sterami, pomyślałem, że zrobię wszystko, aby to nowoczesne urządzenie było dostępne dla chirurgów i pacjentów w naszym kraju. I tak się stało. Dzięki finansowemu wsparciu Funduszu Nauki i Technologii Polskiej Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w 2010 r. robota da Vinci zainstalowano w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

Wówczas urządzenie to bardziej fascynowało inżynierów niż lekarzy, ale powołane do życia Polskie Towarzystwo Chirurgii Robotowej, którego zostałem pierwszym prezesem, od początku mimo braku finansowania obrało sobie za cel rozwijanie tej techniki chirurgicznej. Dzięki temu już dziesięć dni po zainstalowaniu, robotem da Vinci przeprowadzono pionierską operację prawej hemikolektomii u chorego na nowotwór 71-letniego mężczyzny, której asystował prof. Giuseppe Spinoglio, uznany specjalista chirurgii robotowej z National Hospital w Alessandrii we Włoszech.

Kilka dni później zespół urologów w asyście kolejnego gościa – prof. Alexandra Mottrie z OLV Hospital w Aalst w Belgii,



W 2017 r. PTChR ponownie zwróciło się do AOTMiT, po wcześniejszej interwencji w KPRM, o wprowadzenie operacji robotowych na listę świadczeń gwarantowanych, ale projekt mimo pozytywnej opinii agencji znów przepadł.

robotem da Vinci przeprowadził pierwsze zabiegi prostatektomii. Wyzwaniem była ginekologiczna operacja histerektomii, przy udziale prof. Jana Perssona ze Skåne University Hospital w Lund w Szwecji.

W ciągu 10 lat z pomocą robota da Vinci wykonaliśmy 400 operacji. Wszechstronność tej technologii pozwoliła także na przeprowadzanie operacji bariatrycznych, gastrektomii, splenektomii, nefrektomii, adrenalektomii, pobrania nerki do przeszczepienia od żywego dawcy czy wszycia protezy naczyniowej rozwidlonej.

A co z finansowaniem?

Od początku problemem była niestabilność finansowania operacji robotowych. Nasz zespół oraz Polskie Towarzystwo Chirurgii Robotowej zwróciły się do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (wówczas była to Agencja Oceny Technologii Medycznych – przyp. red.) o wpisanie tych operacji na listę świadczeń gwarantowanych. Agencja uznała jednak, że tego rodzaju leczenie powinno być finansowane jako przedsięwzięcie naukowe. Decyzja ta zahamowała rozwój chirurgii robotowej w Polsce, blokując zakup nowych urządzeń. Operacje z asystą robota chirurgicznego są więc wykonywane głównie dzięki grantom i sponsorom.

W 2017 r. PTChR ponownie zwróciło się do AOTMiT, po wcześniejszej interwencji w KPRM, o wprowadzenie operacji robotowych na listę świadczeń gwarantowanych, ale projekt mimo pozytywnej opinii agencji znów przepadł, tym razem za sprawą ówczesnego konsultanta krajowego ds. chirurgii. Jednak walczyliśmy dalej. W 2018 r. na wniosek towarzystwa i dzięki staraniom ówczesnego wiceministra zdrowia Zbigniewa Króla doprowadzono do spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Spraw Zagranicznych oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, na którym ustalono, że należy wznowić sprzedaż robotów do Polski i uruchomić serwis, pod warunkiem przygotowania planu rozwoju chirurgii robotowej w Polsce. Sprawa finansowania pozostała jednak nierozwiązana. Obecnie w Polsce jest 15 robotów da Vinci, ale zawiadują nimi firmy prywatne świadczące usługi komercyjne. Jako towarzystwo nie ustajemy w staraniach, by w najbardziej zasadnych i dobrze udokumentowanych wskazaniach operacje chirurgii robotowej były refundowane.

Gdzie robot da Vinci znalazł największe zastosowanie?

W onkologii – w operacjach prostaty, macicy, jelita grubego i w innych chorobach nowotworowych. W przypadku prostatektomii techniki robotowe na świecie znacznie przewyższają inne rozwiązania (liczba operacji prostatektomii wykonywanych techniką robotową stanowi ok. 80 proc. wszystkich), a także w histerektomii i w chirurgii ogólnej (więcej o 15 proc.) Technika ta znalazła też zastosowanie w operacjach bariatrycznych, nefrektomii, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z BMI powyżej 25, fundoplikacji, gastrektomii, resekcji ogona trzustki, splenektomii, adrenalektomii, chirurgii pediatricznej oraz w kardiochirurgii. Rozwijane są też techniki operacji robotowych w nowotworach głowy i szyi.

Chodzi wyłącznie o minimalizowanie powikłań czy o koszty?

Koszty zależą od liczby wykonanych operacji, a także organizacji pracy oraz doświadczenia zespołu operacyjnego. Pragmatycy ni Niemcy wyliczyli, że jeżeli jeden zespół wykonuje powyżej 150 operacji rocznie, to operowanie robotem zaczyna się opłacać. Co więcej, sprawne operacje techniką robotową przekładają się na minimalny uraz operacyjny, krótszy czas pobytu w szpitalu, mniejszą utratę krwi, mniejszy ból pooperacyjny, mniej leków przeciwbólowych oraz szybszy powrót do zdrowia i aktywności zawodowej, co także ogranicza koszty.

Jakie znaczenie tego rodzaju zbiegi mają w pandemii COVID-19?

Pandemia wymusiła ograniczenia w funkcjonowaniu placówek ochrony zdrowia. Wprowadzono ścisłe reżimy sanitarne i zasady bezpieczeństwa, np. zachowanie dystansu. Dotyczą one zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. W tym kontekście zalety chirurgii robotowej, która pozwala zachować ten dystans, ograniczyć liczbę personelu oraz zminimalizować uraz operacyjny, są niepodważalne.

Czy COVID-19 może przyspieszyć rozwój technik leczenia robotowego?

Robot chirurgiczny da Vinci był wymyślony, by operować w kosmosie czy na polu walki, jest więc nieodzownym narzędziem chirurga w warunkach ekstremalnych, a więc także w stanach zagrożenia epidemicznego. Niebywałą skuteczność leczenia i komfort pacjentów łączy się z bezpieczeństwem. Robot da Vinci, kierowany przez lekarza z niezależnej konsoli, pozwala ograniczyć jego kontakt z pacjentem do niezbędnego minimum, dzięki czemu umożliwia w bezpieczny sposób niesienie pomocy nawet w sytuacji, gdy osoba operowana bądź operująca są zakażone. Atutem jest, że robot nigdy się nie męczy i może w zasadzie operować 24 godziny na dobę. Przy rozwijającej się technologii zwiększania prędkości przesyłu danych można także operować na odległość, ograniczając konieczność przemieszczania się lekarzy między szpitalami czy miastami.

Jak Polska wygląda na tle innych krajów, jeśli chodzi o liczbę robotów?

Największa liczba aparatów znajduje się w Stanach Zjednoczonych, gdzie jeden robot przypada na około 90 tys. mieszkańców. W Polsce jeden aparat da Vinci przypada na 3,4 mln osób, ale to i tak znaczny wzrost w stosunku do sytuacji z ubiegłego roku. Według szacunków Intuitive Surgical, producenta sprzętu da Vinci, co 26 sekund na świecie odbywa się operacja z wykorzystaniem tego systemu. Najwięcej operacji wykonuje się w chirurgii ogólnej i ich liczba wciąż wzrasta.

Co stoi na przeszkodzie, aby w naszym kraju rozwijać chirurgię robotową?

Wydawałoby się, że nic. Przez 10 lat zdobyliśmy doświadczenie, przedstawiliśmy najlepiej udokumentowane wskazania do



Prof. Wojciech Witkiewicz: – W ciągu 10 lat z pomocą robota da Vinci wykonaliśmy 400 operacji.

leczenia techniką robotową, przeprowadziliśmy analizę finansową, z której wynika redukcja kosztów. Reszta w rękach rządzących, od decyzji których zależy finansowanie tej specjalności medycznej. Ale być może trzeba poczekać na zmianę pokoleniową. Jestem optymistą. W latach 90. XX w., kiedy wkraczała technika laparoskopowa, często słyszałem: „Panie doktorze, co to za operacja przez dziurkę od klucza?”. A dzisiaj laparoscopia jest wszechobecna.

Jakie trzeba posiadać kwalifikacje, by móc posługiwać się robotem?

Towarzystwo pracuje nad wprowadzeniem do szkolenia specjalizacyjnego z chirurgii ogólnej pilotażowego szkolenia z zakresu chirurgii robotowej dla lekarzy w trakcie specjalizacji. Projekt zakłada opracowanie podstawowej terminologii nauczania w języku polskim, opisanie i standaryzację operacji chirurgicznych, które będą wykonywane przez szkolących się chirurgów, w tym standaryzację sposobu podłączania robota i zakładania portów dla najczęściej wykonywanych operacji (pęcherzyka żółciowego, przepuklin brzusznych, nadnerczy i śledziony, jelita grubego), a także standaryzację zestawów narzędzi robotowych oraz procedur chirurgicznych, tak aby uczący się chirurg w miarę nabywania doświadczenia wykonywał kolejne, coraz trudniejsze etapy operacji. Unikalnym elementem szkolenia jest użycie modeli 3D wybranego obszaru anatomicznego jamy brzusznej do optymalnego przygotowania się do planowanej operacji.

Na czym PTChR skupia obecnie swoją działalność?

Jak większość towarzystw naukowych zrezygnowaliśmy z tradycyjnych spotkań i konferencji na rzecz szkoleń i webinarów online. W ostatnim roku w tej formule zrealizowaliśmy kilkanaście wykładów. Chirurdzy robotowi z naszego szpitala byli również wykładowcami webinarów o zasięgu międzynarodowym, prowadzonych przez Europejską Szkołę Kolproktologii. ■

WPIGUŁCE

Wirus nie odpuszcza

W ciągu ostatnich dwóch miesięcy przybyło prawie 40 mln nowych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie. Od początku wybuchu pandemii zostało zainfekowanych ok. 100 mln osób.

Wirus nie daje za wygraną – styczeń tego roku był tragicznym miesiącem pod względem liczby nowych zakażeń, a 11 stycznia potwierdzono rekordową liczbę ok. 740 tys. nowych dziennych przypadków – to najgorszy jak dotychczas dzień od początku pandemii. Pozytywna informacja jest taka, że wraz z końcem stycznia liczba nowych zakażeń zaczęła nieco spadać.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, do 24 stycznia na całym świecie odnotowano ok. 99,5 mln zakażeń koronawirusem. Prawie 26 mln z nich to przypadki aktywne. Z powodu COVID-19 zmarło dotychczas ponad 2 mln ludzi. Wyjątkowo trudna sytuacja

jest w Ameryce Północnej, Ameryce Południowej oraz w Europie.

Najwięcej osób zakażonych potwierdzono w USA – 25,6 mln (dla porównania – na koniec listopada było tam 13,7 mln zakażonych). Na drugim miejscu znalazły się Indie (10,6 mln), a dalej Brazylia (8,8 mln) i Rosja (3,7 mln). Kolejne pozycje zajęły Wielka Brytania (z liczbą 3,6 mln zakażonych), Francja (3 mln), Hiszpania (2,6 mln) i Włochy (2,4 mln). W styczniu duże przyrosty zakażeń można było zaobserwować m.in. w USA, Brazylii, Hiszpanii, Wielkiej Brytanii i Niemczech. Jeśli weźmiemy pod uwagę ilość zakażeń w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, to trudna sytuacja jest m.in. w Czechach, Luksemburgu, na Słowenii, w USA czy Izraelu.

Najwięcej zgonów było w USA (ok. 425 tys.), Brazylii (215 tys.), Indiach (153 tys.), Meksyku (146 tys.), Wielkiej

Brytanii (96 tys.), we Włoszech (84,6 tys.), Francji (72,6 tys.), w Rosji (68,4 tys.), Iranie (57,2 tys.), Hiszpanii (55,4 tys.), Niemczech (52 tys.). Jeśli jednak spojrzeć na liczbę zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców danego kraju, to zdecydowanie najtrudniejsza sytuacja jest w Belgii, duży problem mają także m.in. Słowenia, Czechy, Wielka Brytania, Włochy.

W Polsce do 24 stycznia potwierdzono 1,47 mln zakażeń koronawirusem (14. miejsce na świecie), z czego ok. 210 tys. to przypadki aktywne. Ponad 35 tys. osób zmarło.

Jednym z elementów walki z pandemią jest wykonywanie testów w kierunku zakażenia. Wśród krajów, które wykonują ich dużo w przeliczeniu na liczbę populacji, są m.in. Luksemburg, Dania, Islandia, Singapur, Malta, Wielka Brytania, Izrael czy USA. Polska pod tym względem zajmuje dalekie, 85. miejsce (stan na 24 stycznia). ■

Źródło: WWW.WORLDOMETERS.INFO

Wypalenie zawodowe a pandemia



42 proc. lekarzy praktykujących w USA dotyka problem wypalenia zawodowego – wynika z najnowszego raportu Medscape, opublikowanego pod koniec stycznia. Podobny wynik pokazywał także ubiegłoroczny raport, jednak wczy-

tując się w bardziej szczegółowe dane, można zaobserwować kilka ciekawych różnic.

O ile rok temu najczęściej na wypalenie zawodowe zapadali urolodzy, neurologi, nefrologi, endokrynolodzy

i lekarze medycyny rodzinnej, o tyle w tegorocznym raporcie na pierwszym miejscu znaleźli się specjaliści z dziedziny intensywnej terapii, reumatologii i chorób zakaźnych. W sumie 21 proc. ankietowanych, którzy cierpią na wypalenie zawodowe, odpowiedziało, że rozpoczęło się ono u nich po wybuchu pandemii COVID-19.

W dalszym ciągu najczęstszą przyczyną wypalenia jest biurokracja i zbyt duże obciążenia pracą, a także brak szacunku ze strony przełożonych, administracji i kolegów z pracy oraz postępująca informatyzacja w ochronie zdrowia. Aż 47 proc. ankietowanych przyznało, że wypalenie zawodowe ma duży wpływ na ich życie.

W badaniu udział wzięło ok. 12 tys. lekarzy reprezentujących w sumie 29 specjalizacji medycznych. ■

Źródło: Medscape

Szczepienia – komu idą najlepiej?

Pod koniec ubiegłego roku pojawiły się wreszcie długo wyczekiwane szczepionki przeciw COVID-19. Problemem jest jednak liczba produktów dostępnych na rynku, a także system sprawnego wyszczepiania społeczeństw w poszczególnych krajach.

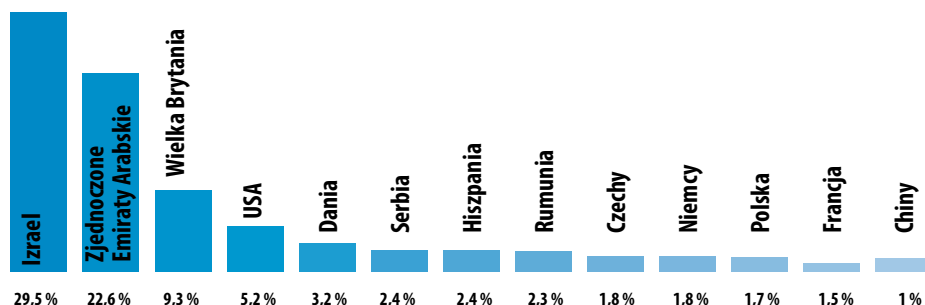
Jak wynika z danych gromadzonych przez Our World in Data (statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego), do 23 stycznia podano w sumie ok. 64 mln dawek szczepionek na świecie.

Wśród krajów z największą liczbą osób, które otrzymały co najmniej jedną dawkę szczepionki, są USA (17,4 mln), Chiny (15 mln), Wielka Brytania (6,35 mln), Izrael (2,5 mln) i Zjednoczone Emiraty Arabskie (2,2 mln), ale w przeliczeniu na liczbę mieszkańców zdecydowanie najlepiej wypada Izrael – w tym kraju co najmniej jedną dawkę szczepionki zaszczepiono już niemal 30 proc. obywateli. Dobrze pod tym względem wypadają też Zjednoczone Emiraty Arabskie (22,6 proc.), a także Wielka Brytania (9,3 proc.).

A ile osób na całym świecie jest już zaszczepionych dwiema dawkami? Do 23 stycznia otrzymało je nieco ponad 5 mln ludzi, z czego najwięcej w USA (ok. 3 mln), Izraelu (1 mln) i Wielkiej Brytanii (niemal 500 tys.), jednak znowu – biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców – to najlepiej sytuacja wygląda w Izraelu (ok. 12 proc. społeczeństwa).

Jak na tym tle wypada Polska? Do 23 stycznia w naszym kraju prawie 640 tys. osób dostało co najmniej jedną dawkę szczepionki (1,7 proc. populacji), a dwie dawki – ledwie 0,12 proc. (nieco ponad 45 tys. osób).

Szczepienia są wykonywane jak na razie w stosunkowo niewielkiej liczbie krajów, z czego zdecydowaną większość stanowią państwa bardzo wysoko rozwinięte. ■



Procent osób zaszczepionych co najmniej jedną dawką szczepionki przeciw COVID-19 w wybranych krajach (stan na 23.01.2021 r., źródło: www.ourworldindata.org)

WPIGUŁCE

KE: potrzebne przyspieszenie

20 stycznia Komisja Europejska wezwała państwa członkowskie do przyspieszenia procesu szczepień przeciwko COVID-19.

Celem jest, aby do marca br. zaszczepić co najmniej 80 proc. osób w wieku powyżej 80 lat oraz 80 proc. pracowników ochrony zdrowia i opieki społecznej w każdym państwie UE. Z kolei co najmniej 70 proc. dorosłej populacji powinna być zaszczepiona do lata tego roku.

– Szczepienia mają zasadnicze znaczenie dla wyjścia z kryzysu. Musimy przyspieszyć dostawy i same szczepienia.

Naszym celem jest zaszczepienie 70 proc. dorosłej populacji do lata. Może to stanowić punkt zwrotny w naszej walce z wirusem – stwierdziła przewodnicząca Komisji Europejskiej Ursula von der Leyen.

Do 23 stycznia w krajach UE zaszczepiono co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID-19 ok. 8 mln ludzi, w tym m.in. w Niemczech – 1,47 mln, we Włoszech – 1,3 mln, w Hiszpanii i we Francji – po ok. 1,1 mln, w Polsce – ok. 640 tys., Czechach – 192 tys. ■

Osocze: wsparcie z Unii



14 krajów* należących do UE, w tym m.in. Belgia, Chorwacja, Francja, Niemcy i Polska, otrzyma dotacje na projekty, w ramach których zostaną opracowane nowe lub będą rozbudowane już istniejące programy pobierania osocza od dawców, którzy przeszli COVID-19. W ramach dotacji wspierany będzie zakup urządzeń do plazmaferezy i związanego z nimi sprzętu, w tym zestawów do pobierania, urządzeń do magazynowania, testowania i charakteryzowania osocza oraz działania organizacyjne w centrach krwiodawstwa. W sumie na ten cel przeznaczono 36 mln euro. ■

*Belgia, Bułgaria, Chorwacja, Dania, Finlandia, Francja, Niemcy, Irlandia, Włochy, Polska, Portugalia, Rumunia, Hiszpania i Słowenia

Włochy: karyza antyszczepionkową propagandę



Jedno z włoskich stowarzyszeń lekarzy (Ordine dei Medici di Roma) ostrzegło lub ukarało 10 medyków za nieuzasadnioną krytykę szczepień przeciw COVID-19 – pisze Michael Day na łamach „British Medical Journal”. Najostrożniejszymi z kar było dwumiesięczne zawieszenie lekarza w wykonywaniu zawodu.

Postępowania dyscyplinarne zostały wszczęte po otrzymaniu przez stowarzyszenie skarg od innych osób, w tym od lekarzy.

Z kolei włoska izba lekarska FNOMCEO wyraziła zaniepokojenie postawą tych lekarzy, którzy nie chcą się zaszczepić. Prezes tej organizacji, Filippo Anelli, powiedział włoskim mediom, że ok. 100 lekarzy nie chce przyjąć szczepionki. Stwierdził też, że taka postawa jest „niegodna, ponieważ zaprzecza dowodom naukowym”.

Źródło: BMJ

Walka o życie syna

Michał Groblewski, lekarz ortopeda z Łodzi, apeluje o przekazanie 1% podatku na rehabilitację jego syna. Julek jest chory na padaczkę. Nie potrafi samodzielnie siedzieć i chodzić. Codzienna rehabilitacja przynosi efekty, ale jej koszty są ogromne.

FUNDACJA POMOCY DZIECIOM „Kolorowy Świat”
KRS: 0000161880 (cel szczegółowy:
#22 Julian Groblewski)

Prośba o wsparcie na rehabilitację

Lekarz dentysta Barbara Jencyk w 2006 r. przeszła udar krwotoczny. Obecnie porusza się na wózku. Jest samodzielna, ale aby utrzymać obecny stan, musi się dalej rehabilitować.

PRZEKAŻ 1%: KRS 0000270809 (FUNDACJA AVALON, CEL SZCZEGÓŁOWY: JENCYK BARBARA 217)

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Szmonces odchodzi do lamusa



W czasach, w których „lamus” był jeszcze pomieszczeniem na niepotrzebne, wychodzące z użytku przedmioty, a nie osobą lekceważoną z powodu braku podstawowych umiejętności, „szmonces” jawił się najwyższą formą kabaretowego skeczu.

Joanna Sokołowska

pediatra, felietonista

Działo się to dawno, dawno temu – wtedy, kiedy, aby zaistnieć na estradzie, nie wystarczyło przebrać mało atrakcyjnego faceta za jeszcze mniej atrakcyjną babę. Wtedy właśnie powstawały scenariusze scenek, takich jak „Sęk” Konrada Toma, odgrywany przez lata – najpierw w legendarnym „Teatryku Perskie Oko” przez samego autora i partnerującego mu Ludwika Lawińskiego, a następnie przez Edwarda Dziewońskiego i Wiesława Michnikowskiego w kabarecie „Dudek”. Telefoniczna absurdalna rozmowa Benka Rapaporta i Kuby Goldberga, dotycząca możliwości zarobienia na pewnym wekslu, a zakończona ikonicznym zawołaniem: „A pies ci mordę liza!”, przeszła do historii polskiego kabaretu jako „skecz, który zdarza się raz na sto lat”.

Szmonces odchodzi do lamusa. A tak naprawdę oba – i szmonces, i lamus – odchodzą w zapomnienie. Szmonces na współczesnej scenie kabaretowej zastąpił młodszy brat – „stand-up” – choć to pokrewieństwo mniej więcej takie jak między arią operetkową i przebojem disco-polo... Lamus – miejsce, do którego trafiają rzeczy, które mogą się jeszcze kiedyś komuś przydać, w ogóle straciło rację bytu. W XXI w. „przydasie” wystawia się na internetowych aukcjach lub – po prostu – oddaje do ekologicznego recyklingu. Szanujący się użytkownik mediów społecznościowych nie używa więc tych słów ani w mowie, ani w piśmie. I choć, ciesząc się uznaniem i dobrą opinią wśród swoich followersów, influencer, blogger, youtuber czy inny instagramer, nie zadaje się z internetowymi lamusami, takimi jak ja, to dla niego właśnie piszę poniższy felieton. Piszę zaś po to, by udowodnić, że świat wciąż wart jest pisanie szmoncesów, a scenariusze na te najlepsze podsuwa samo życie. Może zainspiruję kogoś utalentowanego, obdarzonego zmysłem obserwatorskim i ostrym piórem (klawiaturą?!), by napisał scenariusz scenki aktualny i łatwo dający się zamknąć w kanonie gatunku – ku uciechu bliźnich, ale i ku ich nauce.

Niech to będzie na przykład skecz o szczepionce... Nie roszczę żadnych praw autorskich do pomysłu, bo nie wykluczam, że cała sytuacja opisana poniżej nie jest li tylko dziełem niefortunnych zbiegów okoliczności, a więc gdzieś już jest jakiś jej prawdziwy autor.

Temat jest gorący, nie pozostawiający nikogo z ankietowanych w bezpiecznej strefie „nie mam zdania”, więc z łatwością przykuje uwagę. Społeczeństwo tradycyjnie podzielone na dwa zwalczające się obozy: w tym wypadku wakcynoentuzjastów i wakcynosceptyków, co stanowi dodatkową gwarancję „klikalności” lub „ilości odsłon” – współczesnych wskaźników popularności. W tle, jak przystało na dobrego szmonces, „interes do zrobienia” – według jednych wielkie pieniądze „bigfarmy”, zdrowie i tak zwany powrót do normalności według tych drugich...

Dopóty, dopóki w walce z pandemią posługiwano się argumentami naukowo pokazującymi na wykresach i w kolumnach tabel, dlaczego tylko zaszczepienie większości z nas daje nadzieję na poprawę sytuacji epidemiologicznej, wakcynosceptycy tkwili twardo w okopach swojej twierdzy, negując bezpieczeństwo nie tylko szczepionki przeciwko COVID-19, ale i szczepionek w ogóle. I na nic się zdało codzienne raportowanie o ilości wykonanych testów, podawanie liczby osób chorych i zmarłych. Nawet ciepły i łagodny głos Cezarego Pazury, tak bardzo cenionego za swoje występy kabaretowe w trakcie promocji garnków pewnej firmy, zachęcający do szczepień i zapewniający o ich bezpieczeństwie, nie zmieniał wyników sondaży. Wiadomo – statystyczny Kowalski jest wyczulony na manipulacje płynące w tak zwanym oficjalnym przekazie mniej więcej tak samo, jak statystyczny Rapaport na intratne transakcje handlowe. A jeśli ktoś statystycznego Kowalskiego do czegoś usilnie namawia i jeszcze chce mu to dać za darmo, poziom nieufności rośnie szybciej niż stan wody na Bugu we Włodawie w okresie roztopów.

Sytuacja zmieniła się radykalnie dopiero wówczas, gdy w pewnym znanym stołecznym centrum medycznym pojawiła się duża ilość szczepionki przeznaczonej do wykorzystania w krótkim czasie, w terminie wcześniejszym niż przypuszczano.

Nikommu nie trzema wyjaśniać, co wydarzyło się później. Grupa znanych i lubianych, zaszczepiona poza ustaloną ministerialnie kolejnością, stała się ambasadorami idei szczepienia – ale takimi... szmoncesowymi.

Staliśmy się obserwatorami, ale i podmiotem najbardziej wysublimowanej kampanii reklamowej na świecie, tym bardziej udanej, że w dodatku na razie chyba nie kosztującej ani grosza... Wspomniani, znani i lubiani, poza szczepionką nie otrzymali, zdaje się, żadnych tantiem, wynikających z udzielenia swojego wizerunku dla popularyzowania idei szczepień. Menadżerowie tak zwanych mediów publicznych muszą sobie pluć w brodę za to, że zupełnie niepotrzebnie zainwestowali w Cezarego Pazurę!

Brak jasnego przekazu, brak odwagi przyznania się do podejmowanych decyzji, wreszcie polityczne uwikłanie urzędników doprowadziło do absurdu, choć przecież tak korzystnego z punktu widzenia zdrowia publicznego, wzrostu zainteresowania uodpornieniem przeciwko wirusowi SARS-CoV-2. Dosłownie z dnia na dzień szczepionka stała się produktem pożądanym i oczekiwanym, a przecież to tu właśnie jest pies pogrzebany! A jakiej rasy? – zapytacie. Oczywiście nordyckiej, psia krew! ■

OBSERWACJE

Bareja wiecznie żywy

Fenomen kultowych komedii PRL-u polega na tym, że śmieszyły one (i śmieszą nadal), choć pokazana w nich rzeczywistość nie różniła się od tej prawdziwej. Pełnej paradoksów i nieznanych w cywilizowanych krajach problemów. I wcale nieśmiesznej dla tych, którzy na co dzień musieli się z nią zmagać, stojąc w ogonku po papier toaletowy albo kombinując, jak załatwić wczasy w Bułgarii.



Sławomir Badurek

diabetolog, publicysta medyczny

W filmie Stanisława Barei „Brunet wieczorową porą”, grający przyjaciela głównego bohatera Wiesław Gołas wchodzi na zaplecze sklepu mięsnego i pyta kierownika, czy ten nie ma linki od sprzęgła do „Syrenki”. Kierownik wcale nie jest zdziwiony pytaniem. Podchodzi do dużej zamrażarki, z której po chwili wyciąga poszukiwaną część. W rewanżu Gołas przekazuje instrukcję, jak załatwić trudno dostępny podwójny wózek dziecięcy dla jednego z pracowników, któremu właśnie urodziły się dwojaczki. Trzeba tylko pojechać do kwaciarni na Wolską i przekazać, kto przysłał. Proste, ale tylko dla wtajemniczonych.

Scena ta przypominała mi się, kiedy w mediach wałkowano tzw. aferę szczepionkową. Tam też ktoś komuś coś załatwił. Tam też zadziałał towarzyski układ, opierający się na zasa-

Po raz kolejny okazało się, że tylne drzwi w ochronie zdrowia mają się bardzo dobrze i nadal służą wybrancom.

dach barterowej wymiany uprzejmości. Bareja odżył po latach. Towar, który trzeba było załatwić, był wprawdzie inny, no i przaśna rzeczywistość PRL-u została zastąpiona przez celebrycko-uczelniane salony, ale poza tym mieliśmy już same

podobieństwa. Obsada aktorska była godna naszego mistrza komedii, podobnie jak najlepsze gagi. Choćby ten z uporczywym wciskaniem, że to zaplanowana kampania promocyjna, choć widownia w lot pojęła, że to ściema. Albo ten z upieraniem się, że główni bohaterowie dowiedzieli się o dodatkowych szczepieniach ze stron uczelni. Już widzę te ogłupiałe miny zdziwionych, dlaczego sami jeszcze, wzorem aktorów i biznesmenów, nie zmienili strony startowej w komputerze na WUM. Boki zrywać!

O dramacie oczywiście nie ma mowy. W końcu, jeśli ktoś w czasie pandemii zaszczepił się, to dobrze. A że przed czasem? No cóż, ktoś inny, jak u Barei zupełnie anonimowy i w ogóle w filmie niepokazany, będzie musiał trochę dłużej odstać w kolejce. W końcu jednak doczeka się współczesnego odpowiednika upragnionej linki do „Syrenki” tudzież wózka dla bliźniąt. Dobra, może nawet bardzo dobra, stro- na jest taka, że pęd sławnych, podziwianych i bogatych do szczepionki zaowocował zwiększeniem odsetka tych, którzy dokładnie w ten sam sposób co ich idole chcą uchronić się przed koronawirusem. Nadanie sprawie wymiaru wielkiej afery jeszcze ten efekt spotęgowało. Przy okazji, choć sam uważam celebrytów za osoby życiowo pogubione, na ogół nie mające nic ciekawego do powiedzenia, jasno widać, jak mocne jest ich społeczne oddziaływanie.

Dla nas, lekarzy, wydarzenia na WUM są zdecydowanie niekorzystne wizerunkowo. Po raz kolejny okazało się, że tylne drzwi w ochronie zdrowia mają się bardzo dobrze i nadal służą wybrancom. To oczywiście nie jest problem tej konkretnej warszawskiej uczelni. Niemal równolegle z upublicznieniem informacji o szczepieniach znanych osób w stolicy okazało się, że z podobnych przywilejów skorzystało wielu lokalnych VIP-ów. Wspominano o tym

O dramacie oczywiście nie ma mowy. W końcu, jeśli ktoś w czasie pandemii zaszczepił się, to dobrze. A że przed czasem? No cóż, ktoś inny, jak u Barei zupełnie anonimowy i w ogóle w filmie niepokazany, będzie musiał trochę dłużej odstać w kolejce.

co najwyżej zdawkowo, bo były to osoby dla przeciętnego Kowalskiego zupełnie anonimowe. Tymczasem omijanie kolejek w publicznej opiece zdrowotnej, zwłaszcza przez polityków i samorządowców, to w całej Polsce powszechna praktyka. Rozpoznawalność, znajomości i układy biorą górę nad wskazaniem medycznymi. Dotyczy to szczególnie porad specjalistów oraz diagnostyki obrazowej i endoskopowej. Wszyscy o tym wiedzą, ale jakoś nikt nie reaguje. A potem dziwimy się, dlaczego żaden rząd nie chce reformy systemu i słyszymy, że „służba zdrowia w Polsce uchodzi za jedną z najlepszych w Europie”, choć rzeczywistość pełna jest bareizmów. ■

Ars Pandemica 2020



Na wniosek Komisji Kultury Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyznało Nagrody Kulturalne Prezesa Andrzeja Matyi, honorując wkład zespołów i organizacji twórczych, które doprowadziły do realizacji projektów kulturalnych mimo warunków pandemicznych.

Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Wyróżnienia mają charakter specjalny, mamy nadzieję jednorazowy. Organizatorzy wydarzeń otrzymali czeki o wartości 5 tys. zł. Oto siedmioro równorzędnie ocenionych laureatów:

Chór Bydgoskiej Izby Lekarskiej „**Medici Cantares**” pod dyktando Joanny Krause za przygotowanie dwóch nagrań utworów poświęconych tematyce walki z pandemią „ku pokrzepieniu serc” oraz zapraszający ozdrowieńców do oddawania osocza dla osób chorych. Zespół, mimo trudności organizacyjnych i finansowych, konsekwentnie realizuje cele samorządu lekarskiego oraz promuje humanistyczne wartości zawodów lekarza i lekarza dentysty.

Chór Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie „**Medici pro Musica**” pod dyktando Małgorzaty Wawruk za nagranie piosenki z muzyką Andrzeja Sikorowskiego niosącej nadzieję, że „jutro znów pójdziemy na całość”, mimo zmęczenia i narastających frustracji.

PhotoArtMedica w Częstochowie za zorganizowanie salonu i warsztatów fotograficznych w nowej formule, połączonej z konferencjami interaktywnymi, dostrzeżonych i docenionych przez europejskie stowarzyszenia fotograficzne.

Wydawnictwo „**XVIII Spektrum – Almanach Unii Polskich Pisarzy Lekarzy**” pod redakcją Majki Żywickiej-Luckner i Waldemara Hładkiego za publikację zbioru utworów niepandemicznych, jakby świat biegł swoimi dotychczasowymi torami.

Koncert „**Molekuły wrażliwości 3**” za odwagę organizacyjną z zachowaniem pełnego reżimu sanitarnego oraz realizację na YouTube z możliwością uczestnictwa znacznie większej liczby osób niż w poprzednich realizacjach projektu, realizowanego we współpracy ze Związkiem Literatów Polskich.

Międzynarodowa Wystawa Fotografii „**Mój świat**” przygotowana przez Klub Lekarza w Łodzi wraz z jej nowatorską, wirtualną galerią na stronach internetowych OIL w Łodzi.

Orkiestra Wielkopolskiej Izby Lekarskiej „**Operacja Muzyka**” pod dyktando Dobrohny Marteko za przedpandemiczne, prapremierowe „Oratorium na Boże Narodzenie” Huberta Kowalskiego, angażującego do projektu nie tylko Kameralny Chór WIL, ale także chóry dziecięce i amatorskie oraz profesjonalnych solistów. Koncerty 5 i 6 stycznia 2020 r. zgromadziły tłumy widzów. Kilka miesięcy później „Operacja Muzyka” nagrała pierwszy lekarski pandemiczny klip online z muzyką Krzysztofa Komedy-Trzcńskiego.

Kultura 2020 poniosła ogromne straty. Nie wszyscy jednak o niej zapomnieli. Oby każdy dzień nowego roku zbliżał nas do normalności, by znów móc śpiewać, grać, malować, fotografować i poczuć smak podróży w artystyczny świat niezapomnianych wrażeń. ■



HISTORIA I MEDYCYNĄ

Fenomenalna Lili

Pamiętam, jak prof. Moulert powiedział: Marian, dzisiaj o godzinie 18.00 musisz pojechać ze mną na ten wykład – zobaczysz wśród najtęższych kardiologów Europy Polkę, która zachwyciła nas wszystkich.

Prof. **Marian Zembala** kardiochirurg, transplantolog, dyrektor SCCS w Zabrzu

Jedna z najwybitniejszych po wojnie polskich lekarzy, pediatra, kardiolog – dr Lili Maria Goldstein. Urodziła się 24 października 1925 r. w Łodzi. Jej ojciec był cenionym księgowym, a matka słynną pianistką.

Lili Maria uczyła się sama w domu, gdyż wybuch II wojny światowej przerwał jej naukę szkolną. W 1941 r. okupant skierował ją do pracy w biurze, a następnie w fabryce butów. Po wojnie ukończyła liceum i rozpoczęła studia na wydziale lekarskim Uniwersytetu Łódzkiego. Dyplom lekarza medycyny ze szczególnym odznaczeniem (była najlepszą absolwentką tego rocznika) otrzymała 31 grudnia 1952 r.

Od czerwca 1953 r. do września 1954 r. pracowała w Klinice Pediatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie, jako stypendystka Instytutu Doskonalenia Kadr Lekarskich. Na osobistą prośbę jej bliskiego przyjaciela, kolegi z czasów wojny, dr Marka Edelmana, zajęła się szkoleniem pediatrów w warszawskiej uczelni medycznej.

Ze względu na jej nieprzeciętne zdolności i nieprawdopodobną pracowitość zauważył ją pionier kardiologii dziecięcej w Polsce prof. Antoni Chrościcki. Zaproponował, aby kierowała oddziałem Kliniki Pediatrycznej w Łodzi. Zgodziła się. Jako pierwsza organizowała w powojennej Łodzi opiekę dla dzieci, gdzie bieda, niedożywienie, gruźlica, a także wyjątkowo duża liczba „dzieci wojennych”, rodzących się z ciężkimi wrodzonymi wadami serca, były szczególnym wyzwaniem dla lekarzy. W 1956 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie prowadziła wykłady i seminaria w zakresie kardiologii dziecięcej. W uznaniu jej szczególnych zdolności otrzymała w drodze konkursu 10-miesięczne stypendium British Council.



Dr Lili Goldstein

DOCENIONA W EUROPIE

Lili Goldstein została zatrudniona w oddziale kardiologicznym szpitala uniwersyteckiego St. Georges w Londynie. Był to jeden z najbardziej nowoczesnych szpitali w powojennej Europie. Młodą, zdolną Polkę nie tylko szybko tu zauważono, ale

Ze względu na jej nieprzeciętne zdolności i nieprawdopodobną pracowitość zauważył ją pionier kardiologii dziecięcej w Polsce

także wyróżniono awansem na stanowisko registrara – powierzono jej nadzór nad szkoleniem młodych Brytyjczyków.

Rozgłos, jaki Lili uzyskała w Londynie i Wielkiej Brytanii, sprawił, że jako wykładowcę zaprosił ją jeden z największych ówczesnych brytyjskich kardiologów

dziecięcych, prof. Aubrey Leaham, twórca nowoczesnej szkoły diagnostyki wrodzonych wad serca u dzieci. W klinice, którą kierował, powierzył dr Goldstein prowadzenie seminariów edukacyjnych, na które przyjeżdżali kardiolodzy z całej Wielkiej Brytanii, aby – jak się powszechnie mówiło – słuchać i uczyć się od nieprzeciętnej Polki, famous Lili.

Powierzono jej funkcję – niespotykaną w tamtym czasie – konsultanta, który uczestniczy w kwalifikacji dzieci z wrodzonymi wadami serca do leczenia operacyjnego. Dzięki tym kilku latom nawiązała współpracę i bliskie przyjaźnie z najwybitniejszymi wówczas kardiochirurgami z Niemiec, Holandii, Szwecji i Stanów Zjednoczonych.

Nie było tajemnicą, że przyjeżdżali z zagranicznych ośrodków, aby wysłuchać wykładów dr Lili Goldstein. Jej fenomen sprawił, że otrzymała propozycję pracy jako wykładowca w najważniejszych uniwersytetach medycznych ówczesnej Europy.

WIERNA POLSCE

Ta fenomenalna Polka z żydowskim rodowodem, która zawsze podkreślała publicznie swoją polskość i była – jak mawiali publicznie – świadkiem i jednocześnie zwycięstwem nad Holocaustem, stała się symbolem odradzającej się po wojnie polskiej nauki i medycyny. Ukochanie ojczyzny zadecydowało, że pomimo atrakcyjnych zaproszeń zdecydowała się powrócić do Polski. W 1965 r. w Łodzi obroniła pracę doktorską („Rozszczepienie drugiego tonu serca u dzieci zdrowych oraz u dzieci z ciężkimi, sinicznymi wadami serca”).

Właśnie wtedy British Council po raz drugi zaprosił dr Lili do pracy w Londynie, uznając, że powojenna Europa pilnie potrzebuje takich ekspertów. Wyjechała.

W szpitalu akademickim św. Grzegorza otrzymała posadę konsultanta, co w owym czasie dla obcokrajowca było niespotykanym wyróżnieniem. W gabinecie miała zdjęcie dra Marka Edelmana i fotografie z Polski, a także dużego orła z polską flagą. Po dwóch latach, zakochana w Polsce, zdecydowała się – pomimo propozycji objęcia kierownictwa kliniki w Londynie – powrócić do ojczyzny, chcąc służyć polskiej medycynie. Niestety, jej nieprawdopodobny dorobek

krótkie wystąpienie nestora holenderskich i europejskich kardiochirurgów, prof. Broma, który powiedział, że dzięki talentowi dr Lili Goldstein i jej niezwykłym umiejętnościom zdiagnozowano precyzyjnie wady wrodzone serca u ośmiorga małych dzieci z ciężką siniwą wadą serca. – Wspólnie z Lili – jak mówił – korzystając z pierwszych amerykańskich doświadczeń pochodzących z Minneapolis, udało się wypracować nową metodę leczenia operacyjnego.

Wykład dr Goldstein trwał dwie godziny. Był fascynujący. Po nim rektor uniwersytetu w Leiden powiedział, że marzeniem władz tej uczelni byłoby, aby Lili przyjęła propozycję kierownika kliniki i stałego wykładowcy.

naukowy, składający się na pracę habilitacyjną, został odrzucony przez polską uczelnię, jako niegodny Polaka. Zarzut wobec dr Goldstein był podwójny: po pierwsze – była obca klasowo, ponieważ ubiegała się o nią tak wiele najlepszych uniwersytetów medycznych Europy, a po drugie – jej żydowskie pochodzenie, w ówczesnej Polsce ogarniętej oszczerstwami wydarzeń marcowych, wyrzuciło ją poza nawias akademickiej Łodzi. Musiała opuścić akademię medyczną, a cały jej dorobek został odrzucony jako pochodzący od wroga klasowego.

Została więc ordynatorem oddziału dziecięcego w jednym z łódzkich szpitali i prowadziła go do roku 1974, gdzie jako pierwsza w Polsce stworzyła pracownię polikardiograficzną i pierwszą poradnię kardiologiczną dla dzieci. Dwa lata później z wynikiem celującym uzyskała tytuł specjalista pediatra, kardiolog.

ZACHWYCAŁA I IMPONOWAŁA

Jej zagraniczni przyjaciele ponownie upomnieli się o nią. Wróciła do Londynu. Pracowała też w szpitalu uniwersyteckim w Rotterdamie. Zawsze na stanowiskach ordynatora oddziału. W 1974 r. miałam przyjemność, jako stypendysta uniwersytetu w Utrechcie, być zaproszonym przez prof. Andrea Moularta do udziału w wykładzie dr Lili Goldstein na uniwersytecie w Leiden. Pamiętam, jak prof. Moulart powiedział rano: „Marian, dzisiaj o godzinie 18.00 musisz pojechać ze mną na ten wykład, zobaczysz wśród najtęższych kardiologów Europy Polkę, która zachwyciła nas wszystkich”.

Pamiętam kłębiący się w auli tłum ok. 600 osób. Jej wykład poprzedziło

Podjąłem się tej operacji tylko dlatego, że przekonała mnie do tego dr Lili Goldstein. Uratowaliśmy dziecko, jako pierwsze w historii zoperowane tą metodą. Chcę, żebyście wszyscy wiedzieli, że bez talentu i doświadczenia Lili Goldstein, tej charyzmatycznej Polki, byłoby to niemożliwe – podkreślił.

Wykład dr Lili Goldstein trwał dwie godziny. Był fascynujący. Po nim rektor uniwersytetu w Leiden powiedział, że marzeniem władz tej uczelni byłoby, aby Lili przyjęła propozycję kierownika kliniki i stałego wykładowcy.

Pamiętam też niezwykle wzruszający moment, tuż przed wykładem, kiedy zostałem przedstawiony dr Goldstein jako młody kardiochirurg z Wrocławia, ze szkoły prof. Brosa. Powiedziała mi wówczas, że to my musimy budować w Polsce nowoczesną kardiologię. Miesiąc później otrzymałem od dr Goldstein piękny list przypominający to spotkanie.

POWRÓT DO ZABRZA

Napisała, że od prof. Bożeny Hager Małeckiej otrzymała serdeczne zaproszenie do Polski i pracy w Zabrze, że sytuacja dzieci z wrodzonymi wadami serca na Śląsku jest dramatyczna, nie ma kadr lekarskich, które umiałyby je diagnozować. I że słyszała od Zbyszka Religi, że poważnie rozważa, aby z Warszawy, gdzie operował także dzieci, przenieść się do Zabrze, bo taką propozycję otrzymał od prof. Pasyka. „Chce Pana bardzo namówić, aby Pan również, Panie Marianie, wrócił do Zabrze, wzbogacony o holenderskie doświadczenie, bo wszystko wskazuje na to, że ja to Zabrze wybiorę, ponieważ w życiu trzeba jeszcze dużo dobrego zrobić” – napisała. Wkrótce potem objęła kierownictwo Kliniki Kardiologii Dzieci w Wojewódzkim Ośrodku Kardiologii w Zabrzu, stając się (obok prof. Religi i prof. Pasyka) pionierem nowoczesnej kardiologii. To z jej inicjatywy, ze wsparciem prof. Pasyka oraz kopalń śląskich, pojawiły się tam nowe urządzenia do diagnostyki wrodzonych wad serca, takie jak echokardiografia.

To dr Lili Goldstein stworzyła i rozwijała zabrzańską kardiologię oraz kardiochirurgię dziecięcą. Procentowała znajomość z czołowymi europejskimi kardiologami, dzięki czemu zabrzańscy wychowankowie szkolili się i rozwijali w ważnych ośrodkach zagranicznych. Na emeryturę przeszła decyzją władz ŚUM 30 września 1993 r. Cztery lata później wyjechała do Szwecji, ale utrzymywała bliską więź ze swoimi uczniami. Przed śmiercią wróciła do Warszawy – do syna, wybitnego matematyka wychowanego, jak pozostałe dzieci, w wielkiej miłości do ojczyzny. Zmarła 5 grudnia 2020 r. ■

18 grudnia na cmentarzu ewangelickim w Łodzi grupa polskich lekarzy odprowadziła na wieczną drogę swojego mistrza i nauczyciela. Dla mnie i dla nas, uczniów, licznej grupy lekarzy, kardiologów i kardiochirurgów, dr Lili Goldstein była i na zawsze pozostanie wielkim Mentorem, Nauczycielem i Przewodnikiem, która uczyła nas nie tylko nowoczesnej medycyny, ale przede wszystkim umiłowania pacjenta

i rozumienia jego potrzeb. W powstającym Akademickim Szpitalu Kardiologiczno-Kardiochirurgicznym w Zabrzu Oddział Kardiologii Dziecięcej będzie nosił jej imię. Decyzją dyrektora SCCS i współpracowników każdego roku nagroda specjalna za najwybitniejsze osiągnięcia w dziedzinie kardiologii dziecięcej w Polsce, zwana nagrodą dr Lili Goldstein, będzie przyznawana najlepszym spośród najlepszych polskich lekarzy.



BŁĄD MALARSKI

Ramię w ramie

Co łączy Seattle, strzykawkę i krowie rogi? Barwna historia wakcynologii, bowiem szczepionki wzbudzały kontrowersje od zawsze.

Agata Morka
historyk sztuki



Obraz: Alexia Sinclair, „Variola Vera”,
Bill and Melinda Gates Foundation, 2014



W wieku XIX przestrzegano przed szczepieniami na ospę, sugerując, że przyczynia się ona do wyrastania rogów na głowach pacjentów. Dwa wieki później przestrzega się przed czipami implantowanymi do naszych organizmów wraz ze szczepionką na COVID-19, tak aby kontrolować nas mógł multimilioner z deszczowego miasta na zachodnim wybrzeżu Stanów Zjednoczonych.

Sztuki wizualne odgrywają w historii wakcynologii istotną rolę: sztuka wykorzystywana była tak w celach dokumentacyjnych, jak i czysto propagandowych. Kampanie nawołujące do masowych szczepień najczęściej polegały na języku plakatów. W 2014 r. współpracę wakcynologii ze

sztuką przesunięto o krok dalej. W ramach projektu „The Art of Saving a Life” artyści różnych fachów – od projektantów mody po fotografów – poproszeni zostali o wypowiedzenie się w swoich artystycznych językach na temat roli szczepionek w historii. Fundatorem projektu był nie kto inny, jak Bill Gates.

Pośród dzieł tej kolekcji lubię patrzeć na fotografię australijskiej artystki Alexii Sinclair, znanej ze szczególnie całościowego podejścia do swoich projektów. Jej fotografie to efekt pracy na wielu polach: projektuje tak stroje, w które ubrani są jej modele, jak i uprawia kwiaty, które grają później istotną rolę w przedstawianych przez nią scenach.

W swoich pracach gra obfitością, tak też jest w przypadku „Variola Vera”, które to przedstawienie uderza w widza wielością kolorów, przedmiotów

i faktur. Ta wybuchowa obfitość okiełznana została jednak przez niemalże symetryczną kompozycję, z centralną postacią kobiety, okolonej po obu stronach krzesłami. Po jej prawej stronie siedzi Edward Jenner, wkłuwający igłę w ramię pierwszego pacjenta, którego zaszczylił przeciw ospie.

Zestawienie historycznych postaci z ubraną w osobliwą suknię modelką nadaje scenie oniryczny charakter. Zwykle granice są tutaj zamglone, wewnątrz przeplata się z tym, co na zewnątrz: podłogę zalał ocean kwiatów. Ich mnogość powtórzona jest w tle, odbijają ją ustawione w rzędy butelki z emblematami czaszek. Sinclair udało się tu chyba uchwycić sedno historii wakcynologii. Tu kontrowersja przeplata się z pędem do eksperymentu, strach z pewnością i wreszcie życie ze śmiercią. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 12/2020-01/2021

1. Modyfikacja żółtej kreski wykonywanej pastelą tak, by wyglądała na namalowaną farbą olejną.

Portrety wykonywane w ramach działań firmy portretowej Witkacego wykonywane były jedynie w technice pasteli. Od około 1926 r. Witkacy porzucił zupełnie malarstwo olejne.

2. Zamiana zielonych kresek na twarzy postaci z prawej strony obrazu na brązowe.

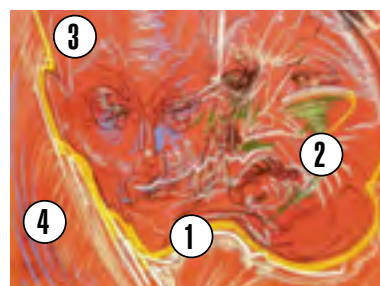
Portrety typu C charakteryzował dużo śmielszy dobór kolorów niż te, których Witkacy używał do tzw. wylizanych portretów. Zieleni na policzkach w typie C jest zatem jak najbardziej na miejscu.

3. Zmiana tła na beżowe.

W większości portretów pochodzących z firmy portretowej Witkacy stosował beżowe tło, nawet do tych najbardziej odrealnionych dzieł typu C, zatem obecność beżu w tle nie byłaby tutaj całkowicie nieuzasadniona.

4. Dodanie w tle małej palmy.

Witkacy często eksperymentował



Obraz: Stanisław Ignacy Witkiewicz, „Portret podwójny Kazimierza Sosnkowskiego i Michała Choromańskiego”, 1930, Muzeum Pomorza Środkowego, Słupsk

z fantastycznymi tłami, na których umieszczał swoje postacie, zabieg ten stosował jednak w portretach innych niż te typu C.

NAGRODZENI Z „GL” 12/2020-01/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Jakub Kledzik ze Szczecina**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Anna Ludwiniak (Kobyłka)**, **Michał Łuczak (Stara Górka)**, **Elwira Nowak-Adamska (Katowice)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 15 lutego 2021 r. W temacie maila należy wpisać GL02 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.



Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

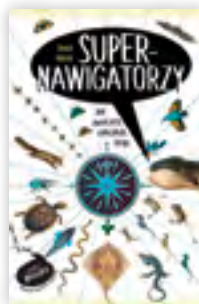
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Tytuły od FIAP



Międzynarodowa Federacja Sztuki Fotograficznej (FIAP) w Luksemburgu nadała 10 polskim artystom fotografo-
m tytuły artystyczne w uznaniu za ich osiągnięcia w międzynarodowych konkursach fotograficznych na świecie. W tym gronie znalazło się dwóch lekarzy: dr Marek Szczytkowski ze Świdwina i dr Krzysztof Muskalski z Częstochowy. ■

Biesiada Literacka UPPL

Na 6 marca została zaplanowana Biesiada Literacka w Klubie Lekarza w siedzibie OIL w Łodzi, ale – jak poinformowali organizatorzy – impreza może zostać odwołana z przyczyn od nich niezależnych (sytuacja epidemiologiczna). Do 15 lutego można przysyłać prace. ■



GazetaLekarska.pl

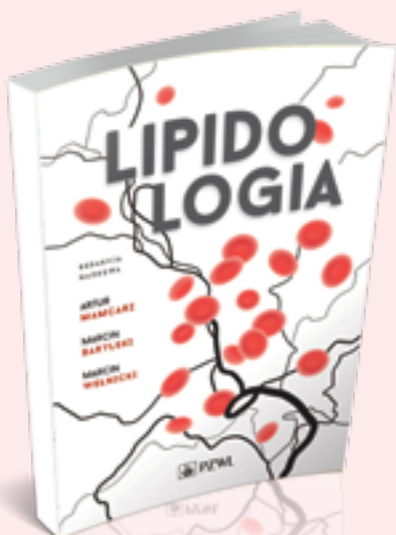


FOTO: SHUTTERSTOCK.COM

NASZA CZYTELNIJA

Lipidologia

Redakcja naukowa: Artur Mamcarz,
Marcin Barylski, Marcin Wełnicki



Omówienie problemu zaburzeń gospodarki lipidowej, z uwzględnieniem m.in. danych o epidemiologii, nazewnictwie, fizjologii i patofizjologii oraz o wszystkich grupach leków. Zawarto także opisy przypadków z codziennej praktyki, wyniki najważniejszych badań klinicznych, a także omówiono działania niepożądane leków stosowanych w terapii zaburzeń lipidowych oraz ich działanie pozalipidowe.

Integralna troska o chorego u kresu życia

Redakcja: Agnieszka Bertman-Wierzchowska,
Wojciech Kochan, Józef Stala



Kompilacja wiedzy o trudnym i wieloaspektowym zagadnieniu opieki nad pacjentem w stanie terminalnym. Publikacja jest pokłosiem konferencji z cyklu „Opieka paliatywna i hospicyjna – medycyna, humanizm, wolontariat”, organizowanych wspólnie przez Uniwersytet Jagielloński, UJ – Collegium Medicum i Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św. Łazarza” w Krakowie.

RECENZJA

Na „scenie lekarskiej przychodni”

Czym byłoby życie bez utrwalenia chwili, doznania, emocji? Już Horacy zauważył, że to, co napisane, będzie pomnikiem dla poety. Podobnie dzieje się z każdym dziełem sztuki malarskiej, które zostaje w galerii i staje się świadectwem...

Agnieszka TomHa

Zajrzyjmy do „Galerii sonetów” Jarosława Waneckiego. Poeta ogląda dzieła sztuki i pisze do nich sonety. Zobaczymy więc tu obrazy znanych malarzy artystów oraz napisane do nich ekfrazy. Ta interdyscyplinarna książka jest osobliwym nawiązaniem dialogu ze sztuką malarską, ale też ze sztuką życia zwykłego śmiertelnika. Gdy wczytamy się w treść utworów, zauważymy jednak, że ich najcenniejszą wartością jest lustro wizualno-werbalne, jakie stawia autor odbiorcy zwiedzającemu „Galerię”.

*Weź trochę pudru i kredkę do oczu,
Zwierciadło odbije krajobraz o świecie.
Nabierz powietrza – pełną piersią pocuj
Szczerość obrazu nazwanego życiem.
(Artysta i Muza)*

W książce Jarosława Waneckiego najważniejsza jest „szczerość obrazu nazwanego życiem”. Stając przed obrazem i sonetem – stajemy jednocześnie przed zwierciadłem duszy i sobie patrzymy w oczy. Sobie też stawiamy pytania o sens istnienia, a między wersami i obrazami śpiewamy pieśń sprzeciwu – zaklinającą prośbę o zmianę losu.

Z pewnością Jarosław Wanecki patrzy okiem poety, ale patrzy też okiem lekarza – świat jest dla niego „sceną lekarskiej przychodni”, gdzie człowiek to cielesno-duchowy pacjent, na którego nie zawsze działają leki („Powikłań miłości nie leczą leki”). ■



JAROSŁAW WANECKI,
„GALERIA SONETÓW”,
KRAKÓW 2020

Pół wieku diabetologii polskiej. Rozmowy z Mistrzami

Agnieszka Fedorczyk, Katarzyna Pinkosz,
Leszek Czupryniak



Historia diabetologii polskiej opowiedziana z perspektywy osób, które ją tworzyły. W tym unikatowym zbiorze wspomnień każda rozmowa jest inna, każda na swój sposób wyjątkowa. Publikacja została sfinansowana i wydana pod patronatem Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. E-book można pobrać za darmo na stronie internetowej PTd (www.cukrzyca.info.pl).

Współczesna radiologia stomatologiczna. Wydanie III

Ingrid Różyto-Kalinowska,
Teresa Katarzyna Różyto



Bogato ilustrowany, praktyczny podręcznik o współczesnej radiologii stomatologicznej. Znalazły się tutaj dane zarówno o metodach obrazowania, jak i technikach wykonywania badań oraz wiele innych przydatnych informacji, zaktualizowanych w odniesieniu do poprzedniego wydania tej publikacji. Książkę dopełnia dokumentacja kliniczna, zdjęcia i rysunki ilustrujące wszystkie zagadnienia.

PROZA

Żelazne serce bajka – nie bajka

(fragmenty)

Pamięci Feliksy i Ignacego Wierzbickich

Dawno, dawno temu żył sobie Ignacy. Młody chłopak szukający szczęścia i miłości, jak każdy w życiu. O czym marzył, czego chciał – nikt go nie pytał. Ale przecież każdy ma marzenia.

Trudno w życiu być samemu, a i we wsi ludzie gadają, jak człowiek sam żyje. Ignacy zatem na początku szukał żony. Zawsze to łatwiej razem iść przez życie, szczęścia szukać, szczęście znaleźć.

Dawno, dawno temu niedaleko Ignacego żyła Feliksa. Była od niego trzy lata starsza i jakoś wciąż męża nie znalazła. Na coś czekała? Czegoś szukała? A kto to wie. Nikt pewnie nie pytał.

Na wąskich wiejskich ścieżkach życie toczy się wolno. A ludzie czasem nawet obok żyjąc, nie wiedzą, że szukają tego samego, czekają na to samo. Ignacy poznał Feliksę i pokochał. Feliksa poznała Ignacego i pokochała. Ale jemu ludzie gadali, że durny, młodszej żony nie umie znaleźć. A jej gadali, że przecież za młodego chłopaka nie wypada iść za mąż.

Ignacy jednak nie posłuchał ludzkiego gadania. Bo jak ktoś szuka szczęścia, to nie może się zatrzymać w drodze od ludzkiego gadania. Jakby człowiek się zatrzymał, zwątpił, nie próbował – to i marzenia by na zawsze pogrzebał. Poprosił Feliksę o rękę i ucieszył się bardzo, jak ona się zgodziła. Cały świat jakby złagodniał, zazielenił się, zaróżowił. Bo szczęście jednak jakieś się znalazło i miłość, i wspólne nadzieje.

Zamieszkali razem – Feliksa z Ignacym. Budowali swoje szczęście, jak umieli. Marzyli razem i budowali zamki z piasku nad brudną wodą, ale to im nie przeszkadzało. Patrzyli na świat dookoła i mieli w sobie tyle radości.

Ludzie gadać przestali, bo już nawet nie było tak o czym. Pan Bóg chyba błogosławił im jednak, bo Feliksa choć już nie młoda, zaczęła czekać na dziecko. I sukienki wybrzuszały się najpiękniej na świecie, nowym życiem – z Ignacego i Feliksy poczętym.

I urodził się syn w listopadzie, jesienny chłopak, a Włodek mu dali na imię. Zachwycali się nad rączkami i nóżkami, nad krzykiem głośnym i zdrowym. I cieszyli się, kolebiąc syna w kołysce. Byli szczęśliwi. Ale ludzie znów gadali – wojna będzie, jak chłopaki się rodzą... Dobrze nie będzie. Ale przecież jak się dziecko takie cudne, pulchne rodzi, to człowiek nie chce wierzyć w złe rzeczy. To człowiek szczęśliwy myśli, że ta miłość jakoś ochroni, odmieni, zaszczepi zły świat. Bo i skąd ta wojna niby ma być. Ludzkiego gadania znów Ignacy nie chciał słuchać.

I tak miało być pięknie.

I tak mogło być pięknie.

Ale może ktoś szczęścia zazdrościł. Może złym okiem spojrział, złym słowem zaklął tę miłość. Ludzie zawistni czasem wokoło tak robią, choć przecież co komu szkodziło, że Ignacy pokochał Feliksę...

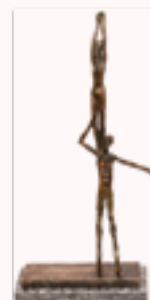
Spadły bomby z nieba na kraj, zawierucha wojenna szarym pyłem okryła świat. Choć jesień była piękna i słoneczna, to jakby kolory wyblakły, a szczęście Ignacego i Feliksy zatrzęsło się, zalęknione, co będzie dalej. (...) ■



KATARZYNA WIERZBICKA

Laureatka IX edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”.
II miejsce w kategorii PROZA.

Urodziła się i mieszka w Otwocku. Jest specjalistką z dziedziny chorób wewnętrznych. Od kilku lat pracuje w przychodni POZ w Karczewie oraz zajmuje się pensjonariuszami domu opieki. Próby pisania wierszy podejmowała jeszcze na studiach. Od kilku lat oprócz wierszy pisze czasem opowiadania i bajki dla swoich dzieci. Nagrodzone opowiadanie napisała na podstawie prawdziwej historii dziadków męża, by zachować ją dla swoich córek. Dużo w jej życiu dziewczynek. Urodziła się 29 lipca, córki urodziły się 9 maja i 9 grudnia, wiele dobrych zmian nastąpiło w jej życiu w 2009 r., numer jej domu to 9. Twierdzi: „Może dlatego znalazłam się w gronie laureatów, że to IX edycja konkursu?”.



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

GazetaLekarska.pl





PhotoArtMedica



**„Nieoczywista rzeczywistość”,
prof. Zofia Nawrocka (Polska),
uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2020**



www.photoartmedica.pl

Spotkanie Górskie

XII Spotkanie Górskie im. Hani i Mieczysława Król-Łęgowskich odbędzie się w dniach 19-20 czerwca, tym razem na Szyndzielni. ■

GazetaLekarska.pl



KALENDARZ WYDARZEŃ KULTURALNYCH KOMISJI KULTURY NRL 2021

(imprezy własne / współorganizowane / dotowane)

II Kongres Kultury Lekarskiej Opole 2021
Pierwszy Lekarski Festiwal Piosenki Polskiej
Warsztaty Chórów Lekarskich
Opole

Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy
Jubileuszowy Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy
Poznań

Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej
dla Lekarzy i Lekarzy Dentystów
Orońsk

Ogólnopolski Konkurs Literacki „Przychodzi wena do lekarza”
Kraków

Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski
„Puls Słowa” i koncert „Molekuły wrażliwości 4”
Warszawa

Koncert z okazji otwarcia wystawy malarstwa
lekarzy / Asklepios-Med
Wiedeń

Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna
„Świat w obiektywie lekarskim”
wraz z konkursem fotograficznym
Łódź

Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy
wraz z konkursem
Łódź

Ogólnopolska Biesiada Literacka wraz z premierą
programu Kabaretu OIL-BĄK
Łódź

Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny
Lekarzy i Studentów Medycyny
Lublin

Ogólnopolski Plener Fotograficzny Lekarzy
Kazimierz Dolny

Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki
„Lekarze – Dzieciom”
Lublin

Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów
Rockowo-Bluesowych ESCULAP ROCK
Olsztyn

Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej –
PhotoArtMedica

Międzynarodowe Warsztaty Fotograficzne Lekarzy
PhotoArtMedica
Częstochowa

Harmonogram wydarzeń i kontakt do organizatorów na www.gazetalekarska.pl (daty mogą ulegać zmianie w związku ze stanem epidemicznym). Pełne informacje na stronach internetowych organizatorów.

GazetaLekarska.pl



ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1994

Zapraszamy na spotkanie, które odbędzie się w dniach 18-20 czerwca 2021 r. w Kudowie Zdroju. Informacje na temat zjazdu na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność” oraz u Pani Patrycji Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 28 lutego z dopiskiem „Zjazd 1994”.

Za Komitet Organizacyjny

Magdalena Hirowska-Tracz i Jacek Poleszczuk

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W LUBLINIE, ROCZNIK 1965-1971

Zapraszamy na zjazd z okazji 50-lecia ukończenia studiów. Wręczenie dyplomów 19 czerwca 2021 r. W tym samym dniu planujemy bankiet. Koszt zjazdu (bez noclegów): 300 zł, osoba towarzysząca: 150 zł. Rezerwujemy miejsca noclegowe. Zgłoszenia i wpłaty na konto do 15 kwietnia: Elżbieta Bocheńska-Nowacka, 20-016 Lublin, ul. G. Narutowicza 51/1, nr konta PKO BP 14 1020 3176 0000 5902 0197 4922. Kontakt: Anna Jach (tel. 608 749 854), Elżbieta Bocheńska (tel. 508 316 888).

ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM WE WROCŁAWIU, ROCZNIK 1981

Zapraszamy na spotkanie z okazji 40-lecia ukończenia studiów, które odbędzie się w dniach 17-19 września 2021 r. w Piechowicach. Informacje na temat zjazdu na www.dilnet.wroc.pl w zakładce „społeczność” oraz u Pani Patrycji Malec, tel. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl. Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590 0000 0001 3393 3014 do 31 marca z dopiskiem „Zjazd 1981”.

Za Komitet Organizacyjny

Adam Ciemięga, Halina Dembolecka-Ciemięga, Mariusz Markuszewski, Mariola Sędzimirka

ŚLĄSKA AKADEMIA MEDYCZNA, ABSOLWENCI 1971

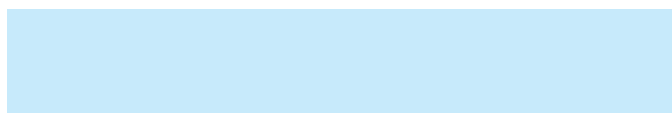
W związku z planowaną w 2021 r. uroczystością odnowy dyplomu lekarza i lekarza dentyisty po 50 latach, prosimy chętnych do wzięcia udziału w uroczystości absolwentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii o zarejestrowanie się w Rektoracie SUM do 31 maja (tel. +48 32 208 36 32, e-mail: awilk@sum.edu.pl). O dacie spotkania (najprawdopodobniej październik) poinformujemy wysłanym zaproszeniem.

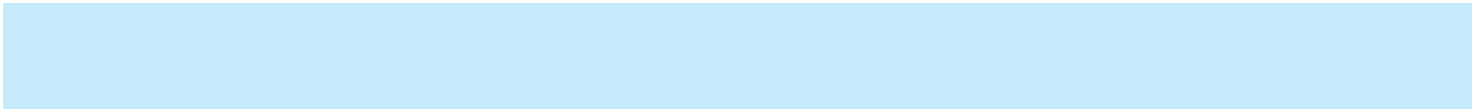
Prezes Stowarzyszenia Wychowanków Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Maria Gajecka-Bożek

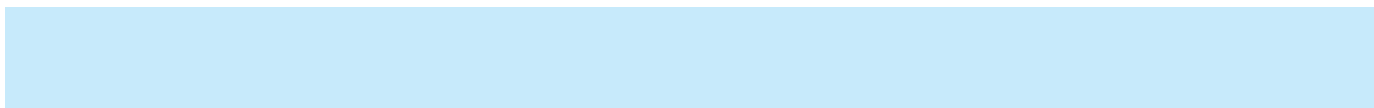
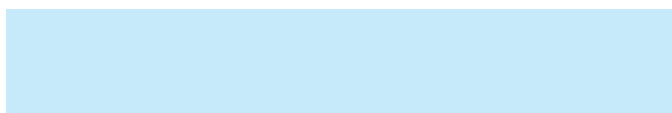
UWAGA! PROSIMY O NADSYŁANIE KOMUNIKATÓW NIE DŁUŻSZYCH NIŻ 500 ZNAKÓW (ZE SPACJAMI).

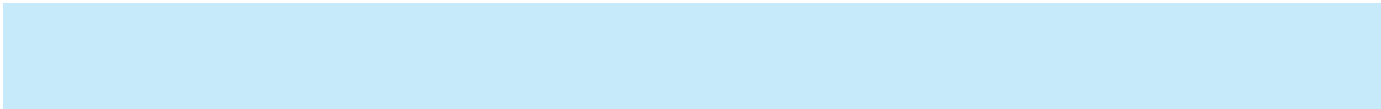
Ogłoszenia





Ogłoszenia

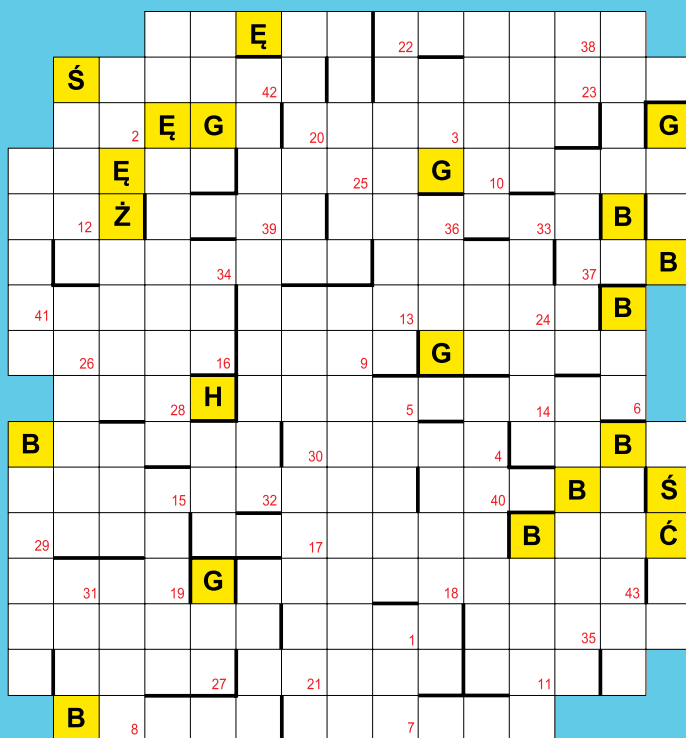
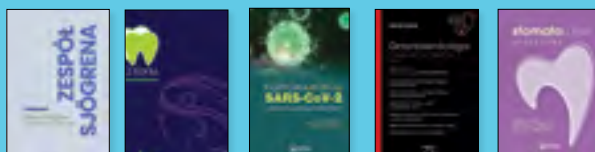






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

**Zachęcamy do odwiedzenia strony pzwł.pl i zapoznania się
z nowościami wydawniczymi oraz ofertami specjalnymi.**



Objaśnienia 79 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, Ć, Ę, G, H, Ś i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 43 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie polskie. Hasło należy przestać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 20 lutego 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* poczucie niezmaconego spokoju * ustrój dawniej Rosji * dzielnica żydowska * kraj z Kliniką Mayo * ssak z igłami * przeciwnicy „czerwonych” * babilońska bogini płodności * miasto narodzin św. Pawła * bogini różanopalcia * paries * górska sosna * dawny przewodnik * krwi lub braterstwa * między Leskiem a Cisią * teoria, że świat podlega nieustannemu rozwojowi * powstanie tylko zawiązka narządu (łac.) * warstwa zaprawy na ścianie * zupa lub zero * materiał na implanty * szmira, chłam * płynie w Chabówce * żeńskie komórki jajowe * autor „Księżniczki czardasza” * ryzostok * kwas (ang.) * kalifornijski jeździec w czerni * hilus * wejście na kotach * jeżdżą w karetce * angielskie żyto * gród u stóp Etny * przezskórna gastrotomia endoskopowa * bohater „Przedwiośnia” * większa część nóżki * główne białko mleka * pokaz, show * rośły drań * statek z hitu Krawczyka * rynek, bazar * przy nadziei * kwiatek dyżurny dyrekcji * siew poetycko * titrum * płynie

w łowiczu * rzeź galicyjska * gibbus * pierwszy bratobójca * psota, figiel * obecność tłuszczów we krwi * Skandynawskie Linie Lotnicze * Johnny, legendarny muzyk country * vulnus * domowe i krzyżówki * imię pani Dulskiej * analiza przypadku po hospitalizacji * chwast z trującą solaniną * srogie baty * sławna Dolly * uchodzi w Poti * niewolnik * pierworódka (łac.) * Michał, mazurski działacz i poeta ludowy * aerodyna startująca z nóg * cancer * denuncjacja * dom pszczoł w pniu * skrzydło (łac.) * jezioro, źródło rzeki Wolchow * boczna ściana wyrobiska * syndesmosis * rzadko występująca (łac.) * Imre, premier rewolucji węgierskiej (1956) * Impatiens, zioło lecznicze * wąż lub szal * Basia dla Zagłoby * dotknięci alopecją * zdrowy, złoty owoc Ateny * zaangażowanie, projekt * dzielnica Łodzi ze szpitalem im. dr. Biegańskiego

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 259 („GL” nr 11/2020)
Życie ludzkie jest tkaniną z dobrych i złych nici.**

Nagrody otrzymują:

Natalia **Honchera** (Gdańsk), Andrzej **Krawczyk** (Lublin), Mateusz **Pionka** (Rzeszów), Danuta **Sikora-Cimerman** (Gliwice), Joanna **Sipika** (Końskie). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwł.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 700 tegz.

Rada Programowa

Sławomir Badurek (sekretarz), Jarosław Biliński, Paweł Czekalski, Ryszard Golański, Krzysztof Madej (przewodniczący), Dariusz Paluszek, Damian Patecki, Marek Stankiewicz, Jarosław Wanecki, Jacek Woszczyk
Redaktor naczelna Marta Jakubiak; Tel. 698 297 739

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak; dziennikarz; Tel. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40

redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji

00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska

Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830

e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Olga Anisko

Tel. (22) 559 13 26

o.anisko@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

Jerzy Badowski (Olsztyn), Sławomir Badurek (Toruń), Jarosław Klimek (Łódź), Marzena Kowalska (Warszawa), Agata Morka (Berlin), Joanna Sokotowska (Płock), Jarosław Wanecki (Płock)

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skróć, adustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Autorów prosimy o przysyłanie tekstów zapisanych na CD, e-mail w edytorze pracującym w środowisku Windows. Publikacja ta przeznaczona jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

