

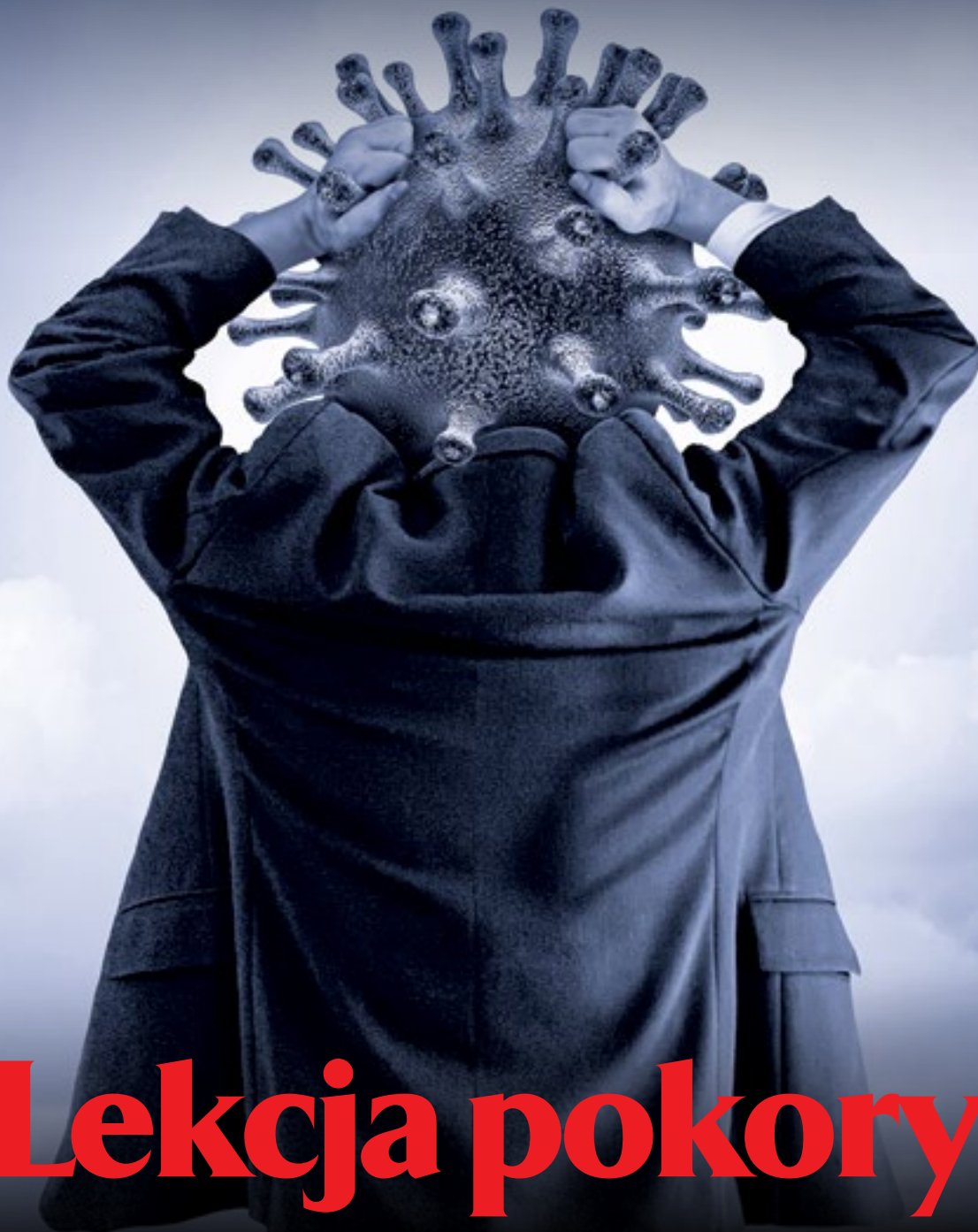


GAZETA

PISMO IZB
LEKARSKICH

05 | 2021

LEKARSKA



Lekcja pokory

Módlmy się o powrót do niewydolnego systemu | Specjalizacja to wymóg czasów
Na granicy wydolności | Kryzys wytycza nowe kierunki

W tym numerze

NR 05/2021 MAJ GAZETA LEKARSKA



54 NAUKA W PIGULCE

38

PWZ dla lekarzy
spoza UE.
Nie milkną
kontrowersje.

62

Indie nie
radzą sobie
z pandemią.
Kto jeszcze
toczy nierówną
walkę?



45

KSZTAŁCENIE KADR MEDYCZNYCH

Czy kredyt na studia medyczne to
dobre rozwiązanie?

Samorząd

- 4 Medicus homo est...
(Andrzej Matyja)
- 6 Krzywdzące regulacje
wynagrodzeń
- 8 Módlmy się o powrót do
niewydolnego systemu
(Krzysztof Madej)
- 13 O chleb i dach nad głową

Temat numeru

- 16 Pandemia w liczbach
- 17 Lekcja pokory
- 20 Jak długo jeszcze?

Prawo i medycyna

- 22 Sprzęt medyczny dla
pracownika – bez podatku
- 23 Czy tylko jeden winny?
- 24 Jakie ubezpieczenie
wybrać?

- 26 Jaka wysokość
wynagrodzenia?

- 41 Biuletyn

Praktyka lekarska

- 29 Nasze stomatologiczne
„neverending story”
(Andrzej Cisko)
- 30 Interpelacja i list w sprawie
kar za rękę
- 31 Specjalizacja to wymóg
czasów
- 36 Na granicy wydolności
- 38 Zmiana systemowa
- 45 Kredyt. I co dalej?
- 48 ECMO w walce z COVID-19
- 50 Kryzys wytycza nowe
kierunki
- 54 Długość snu a stan kości
- 56 Alergia, astma i SARS-CoV-2
- 57 Koronawirus im niestraszy
- 58 Jak pandemia wpłynęła
na rynek apteczny?

- 60 Dąb smalony – poziom
ekspert (Joanna Sokołowska)

Ze świata

- 62 Indie w kryzysie
- 63 Niemiec ponownie
szefem WMA
- 64 Nie wszystek umrę

Po godzinach

- 66 Koza od ministra
(Sławomir Badurek)
- 67 Wycinek chaosu
(Jarosław Wanecki)
- 68 Oko w oko
- 70 Kultura
- 72 Trencadis. Mozaika
katalońska
- 73 Sport
- 78 Ogłoszenia
- 80 Zjazdy koleżeńskie
- 82 Jolka lekarska

Medicus homo est...



Andrzej Matyja
prezes NRL

„Lekarz jest tylko człowiekiem” – ta myśl znalazła się na tablicy upamiętniającej lekarzy i lekarzy dentystów, którzy stracili życie i zdrowie w walce z pandemią COVID-19.

Odwołując ją 15 kwietnia br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, myślałem o tych prawie 400 pracownikach ochrony zdrowia, w tym ponad 150 lekarzach i lekarzach dentystach, którzy niosąc pomoc chorym, sami przegrali walkę z covidem.

Nie jesteśmy herosami, choć – od początku pandemii – wielu z nas pracuje w skrajnie trudnych warunkach, ponad siły, mając świadomość zagrożeń nie tylko dla nas samych, ale i dla naszych bliskich.

Lekarz jest tylko człowiekiem, czyli jak każdy ma prawo obawiać się o swoje życie i zdrowie, a także o przyszłość – tak własną, jak i najbliższych. Potrzebuje też czuć, że nie jest osamotniony, że może liczyć na wsparcie, docenienie, uznanie i samorealizację.

Lekarz jest tylko człowiekiem, nie można więc od niego oczekiwać, że pokornie i cierpliwie będzie w stanie długo znosić moralną presję polityków, którzy ignorując nasze potrzeby i oczekiwania, ochoczo odwołują się do lekarskich powinności, służby, misji i powołania... Sami zaś unikają śmiałych decyzji, a ich działania są chaotyczne i niespójne. Często nie potrafią lub może nie starają się przekonująco uzasadnić podejmowanych kroków. Trudno się więc dziwić, że coraz częściej, w obliczu ponurych statystyk zgonów, ogromnych kosztów społecznych i gospodarczych, pada pytanie, czy wyrzeczenia, jakie ponosimy – również my, medycy – nie idą na marne. Czy nakłady trafiają tam, gdzie są najbardziej potrzebne? Czy podejmując decyzje, politycy i urzędnicy biorą pod uwagę ich długofalowe skutki?

Jesteśmy gronem niezwykle zróżnicowanym pod względem pozycji, doświadczeń zawodowych czy światopoglądu, ale łączy nas poczucie wartości i nie możemy przechodzić obojętnie wobec różnych form lekceważenia nas, a wręcz poniewierania.

Sprawa, która w ostatnim czasie bardzo nas absorbuje, to zapowiadane przez ministra zdrowia uporządkowanie i regulacja systemu wynagrodzeń. Nasze środowisko zbulwersowała m.in. informacja, że lekarzom specjalistom proponuje się podwyżkę średniego wynagrodzenia w żenującej wysokości 19 zł. Inna sprawa: od kilku miesięcy w upokarzającej sytuacji znajdują się koleżanki i koledzy, którzy muszą dopominać się o wypłatę dodatków covidowych, choć mogliby z czystym sumieniem powiedzieć, że te pieniądze im się po prostu należą.

Podobnych sytuacji w ciągu minionego roku rządzący zafundowali nam więcej. Wystarczy przypomnieć zmiany w kodeksie karnym, naruszanie praw obywatelskich przy skierowaniach do pracy, walkę o zapisy w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, niebezpieczne regulacje dotyczące zatrudnienia cudzoziemców spoza UE bez rzetelnego sprawdzenia ich lekarskich kwalifikacji i umiejętności, wreszcie upór

godny lepszej sprawy związany z ustną częścią egzaminu specjalizacyjnego. W obliczu takich faktów zastanawiamy się, czy decydenci walczą z pandemią czy z lekarzami. Takie pytanie brzmi brutalnie, ale jest ono odbiciem nastrojów w naszym środowisku.

Jesteśmy gronem niezwykle zróżnicowanym pod względem pozycji, doświadczeń zawodowych czy światopoglądu, ale łączy nas poczucie wartości i nie możemy przechodzić obojętnie wobec różnych form lekceważenia nas, a wręcz poniewierania. Musimy więc wstawać się za tymi, którym proponuje się

podwyżkę na poziomie 0,29 proc.(!), bo to uwłacza nam wszystkim. Nieugięta postawa strony rządowej w tym względzie jest trudna do zrozumienia, ponieważ chodzi o grupę ok. 20 tys. lekarzy pracujących na etatach, a według szacunków spełnienie naszych oczekiwań miesięcznie kosztowałoby ok. 25 mln zł. Czy można to uznać za koszt nie do udźwignięcia przez państwo w sytuacji, gdy do opinii publicznej docierają wiadomości o setkach milionów złotych wydawanych na przedsięwzięcia wątpliwe z punktu widzenia interesu społecznego czy chybione inwestycje – jak chociażby ostatnio ujawniona miliardowa strata związana z rozbudową elektrowni w Ostrołęce, nie mówiąc o ponad dwumiliardowych dotacjach na TVP czy nieudane zakupy resortu zdrowia na początku pandemii? Jak wygląda niezbędne dofinansowanie opieki medycznej w czasie zagrożenia pandemią – my, lekarze, i cały personel medyczny wiemy najlepiej. Epatowanie wielkością globalnych nakładów w ostatnich latach nas nie uspokaja i wątpliwości nie rozwiewa.

Odnotowujemy zgony w zatrważającej skali, a nasz kraj plasuje się na szczycie niechlubnej światowej czołówki pod tym względem. Szpitalom grozi zapaść finansowa, ponieważ w szybkim tempie rosną ich koszty, odgórne decyzje wstrzymujące zabiegi planowe uniemożliwiają wykonanie kontraktów, koszty stałe trzeba ponosić m.in. z powodu wzrostu minimalnego wynagrodzenia, a jednocześnie NFZ żąda zwrotu środków. Znosi się limity zatrudnienia, personelu brakuje, ludzie są na skraju wytrzymałości, a i tak mają świadomość, że nie są w stanie zapewnić pacjentom właściwej opieki.

Ta brutalna codzienność pandemii doprowadzi do sytuacji, że lekarzy będzie coraz mniej. Wystarczy przypomnieć ostrzeżenia wynikające z badań przeprowadzonych w połowie ub. roku przez Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie i Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego we współpracy z NIL. Po pandemii ok. 15 proc. lekarzy zamierza odejść z rynku pracy – w tym 9 proc. myśli o emigracji, a 6 proc. o rezygnacji z zawodu. Potwierdzają to najnowsze sygnały z okręgowych izb lekarskich o rosnącym zainteresowaniu naszych koleżanek i kolegów uzyskaniem dokumentów umożliwiających im podjęcie pracy zagranicą. Problemów z jej znalezieniem nie będą mieli teraz i w przyszłości, ponieważ – jak sygnalizuje się w raporcie firmy doradczej Deloitte przygotowanym jesienią 2020 r. – do 2030 r. w Europie zabraknie ok. 4,1 mln specjalistów

z zakresu medycyny. Nasi młodzi koledzy będą mieli dokąd jechać. A jak wiadomo, magnesem nie są przede wszystkim finanse, ale lepsza organizacja pracy, możliwości rozwoju zawodowego i szansa na uzyskanie równowagi między pracą zawodową a życiem prywatnym. Alternatywą dla wyjazdów za granicę będzie przejście do sektora prywatnego.

W Polsce – jak wszędzie – potrzeby zdrowotne będą rosły. Mamy starzejące się społeczeństwo i coraz większy „dług zdrowotny”, wywołany pandemią i zaniedbaniem osób z chorobami przewlekłymi. Do tego dojdzie jeszcze trudna do oszacowania skala i specyfika pocovidowych powikłań. Spadnie to na barki starszych lekarzy (już teraz ich średnia wieku to 52 lata). Żłudne są zapowiedzi, że ratunkiem będzie cyfryzacja czy wprowadzenie nowych zawodów wspierających kadrę medyczną, bo gdy pada pytanie, czy są zagwarantowane na to dostatecznie duże pieniądze, odpowiedzi są mało konkretne. A ponadto, my nie mamy czasu.

Czeka nas pogłębiające się rozwarstwienie społeczne na tych, którzy będą skazani na coraz bardziej podupadającą publiczną opiekę zdrowotną – niedoinwestowaną, z niedostateczną obsadą ka-

**Brutalna codzienność
pandemii doprowadzi do sytuacji,
że lekarzy będzie
coraz mniej. Ok. 15 proc. spośród
nas zamierza odejść z rynku
pracy – w tym 9 proc. myśli
o emigracji, a 6 proc. o rezygnacji
z zawodu.**

drową – i prywatną opiekę medyczną, która będzie dostępna dla zamożnych albo dla zdesperowanych, gotowych nawet na osobistą katastrofę finansową, by ratować najbliższych. Nie mamy przecież systemu masowych ubezpieczeń zdrowotnych z prawdziwego zdarzenia, więc ryzyko choroby obciążać będzie w całości indywidualne osoby i ich rodziny.

W efekcie z prywatnej kieszeni na zdrowie będzie się wydawać coraz więcej. Oby się nie okazało, że udział nakładów na zdrowie w PKB będzie rósł, ale w relatywnie większym stopniu obejmie to wydatki prywatne. Za wykresami na wielkoekranowych prezentacjach będą skrywane coraz większe ludzkie dramaty i narastający brak elementarnego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, a wraz z nimi społeczna frustracja.

O takiej czekającej nas perspektywie musimy mówić głośno i coraz dobitniej. Jako społeczeństwo ponosimy ogromne koszty finansowe i psychiczne, szczególnie boleśnie dotyka to dzieci, młodzież czy osoby przewlekle chore. Konsekwencje już widzimy i coraz więcej będziemy ich widzieć w naszych gabinetach czy na salach operacyjnych. To my, a nie politycy będziemy z tymi problemami stawiać oko w oko. Już dziś wiemy, że nie wszystkim starczy sił i determinacji. Wszak jesteśmy tylko ludźmi. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Spotkanie z OZZL

W połowie kwietnia przedstawiciele NRL spotkali się z Zarządem Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, aby omówić pogarszającą się sytuację lekarzy w kraju, która m.in. powoduje wzrost liczby pobieranych zaświadczeń, które wymagane są w przypadku podejmowania pracy na terenie Unii Europejskiej.

Wśród wymienionych przez NRL i OZZL czynników zniechęcających lekarzy i lekarzy dentystów do pracy w Polsce znajduje się m.in. zapisana w projekcie nowelizacji ustawy o płacach minimalnych w ochronie zdrowia propozycja podwyżki wynagrodzeń o 19 zł brutto miesięcznie, ułatwienia w podejmowaniu pracy w naszym kraju przez lekarzy z dyplomem spoza UE, łatanie niedoborów kadrowych przemęczonymi lekarzami oraz kontrowersyjne różnice w realizacji wypłat tzw. dodatku covidowego.

W dyskusji podkreślono, że jeśli Ministerstwo Zdrowia i rząd nie zmienią nastawienia do polskich lekarzy, tendencje emigracji wewnętrznej (z publicznego do prywatnego sektora polskiej ochrony zdrowia) oraz zewnętrznej (poza granice naszego kraju) będą się nasilać i nie będzie miał kto leczyć polskich pacjentów.

Sytuację dotyczącą nasilania się zjawiska emigracji przewidziano w badaniach Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie i Uniwersytetu Jagiellońskiego, które przeprowadzono w połowie 2020 r. we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską. Wynika z nich, że po zakończeniu pandemii 15 proc. lekarzy zamierza odejść z polskiego rynku pracy – w tym 9 proc. chce wyemigrować, a 6 proc. zrezygnować z zawodu. ■

Lekarz jest tylko człowiekiem



„*Medicus homo est. W hołdzie lekarzom i lekarzom dentystom, którzy oddali życie i utracili zdrowie w walce z pandemią COVID-19*” – taki napis widnieje na tablicy upamiętniającej lekarzy i lekarzy dentystów zmarłych z powodu COVID-19, odsłoniętej w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Do chwili oddania tego numeru „GL” na wieczny dyżur odeszło ponad 150 lekarzy i lekarzy dentystów w naszym kraju. Tablica ma przypominać o ich oddaniu oraz misji niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. ■



Krzywdzące regulacje wynagrodzeń

Prezydium NRL skrytykowało propozycje Zespołu Trójstronnego przy Ministerstwie Zdrowia dotyczące ustawowo gwarantowanych wynagrodzeń dla lekarzy.

W stanowisku z końca marca czytamy, że członkowie PNRL nie zgadzają się, aby decyzje w tym zakresie były podejmowane bez głosu samorządu lekarskiego oraz żądają zmiany formuły prowadzonych rozmów i urealnienia składanych deklaracji. Zdaniem PNRL taki rodzaj „umowy społecznej” jest tylko zarzewiem kolejnych konfliktów, a brak jasnej perspektywy wzrostu wynagrodzeń prowadzi do dalszej zapaści publicznej opieki zdrowotnej w Polsce, skłania lekarzy do przechodzenia do sektora prywatnego lub do emigracji zarobkowej, co zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów.

Biorąc pod uwagę, że współczynnik inflacji za rok 2020 wynosił około 3,4 proc., a wzrost minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2021 r. odnotowano na poziomie 7,7 proc., to w ocenie PNRL proponowana podwyżka dla lekarza specjalisty, wynosząca 0,29 proc., doskonale oddaje, jak krzywdząco zostało potraktowane środowisko lekarskie przez Zespół Trójstronny. W stanowisku zauważono, że w ustale niach końcowych Zespołu pominięto także kluczową kwestię koniecznego wzrostu nakładów publicznych na ochronę zdrowia do poziomu co najmniej 7 proc. PKB. PNRL podkreśla, że ich systematyczne zwiększanie jest jedynym krokiem do poprawy sytuacji w opiece zdrowotnej w Polsce. ■

Światowy Dzień Zdrowia

Tegorocznym hasłem Światowego Dnia Zdrowia ustanowionym przez WHO było budowanie sprawiedliwszego, zdrowszego świata. W zrealizowanym specjalnie z tej okazji materiale filmowym prezes NRL Andrzej Matyja dołączył do apelu do rządzących na całym świecie o zminimalizowanie nierówności w dostępie do opieki medycznej i zapewnienie wszystkim, niezależnie od statusu społecznego, pochodzenia, płci, wieku czy wyznania, takich warunków życia i pracy, które będą sprzyjać zachowaniu dobrego zdrowia.

– Koronawirus obnażył i jeszcze bardziej pogłębił problemy polskiej ochrony zdrowia. Ale mimo nieznanego wroga, wielu niewiadomych, trudności, chaosu i niestety często braku wsparcia i zrozumienia, byliśmy, jesteśmy i będziemy przy naszych pacjentach. Walczymy. O każde życie, każdy oddech, każdy szczęśliwy powrót do najbliższych” – powiedział prezes NRL w swoim przemówieniu.

W filmie prof. Matyja życzył Polakom zakończenia pandemii oraz wspólnej, ponad podziałami, odbudowy polskiej opieki zdrowotnej. Natomiast lekarzom



i lekarzom dentystom zaprzestania łączenia zawodu lekarskiego z polityką.

W materiale tym można zobaczyć także Andrzeja Seweryna, usłyszeć Joannę Trzepiecińską, a także obejrzeć klip „Na całość. Wersja pandemiczna” chóru Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie Medici pro Musica. To wyjątkowe nagranie dostępne jest na stronie internetowej NIL. ■

Uprawnienia w medycynie estetycznej

W opinii Prezydium NRL liczba kursów i szkoleń organizowanych dla osób niewykonywujących żadnego z zawodów medycznych jest niepokojąca, a prowadzenie ich przez lekarzy utwierdza uczestników w błędnym przekonaniu o dopuszczalności wykorzystywania przekazanej wiedzy w praktyce, mimo braku jakichkolwiek uprawnień, wynikających z wykonywania zawodu medycznego. PNRL ocenia te działania za szkodliwe, narażające pośrednio osoby, które zostaną poddane zabiegom wykonywanym przez osoby kończące te szkolenia.

W związku z tym, jak i brakiem uregulowań prawnych dotyczących uprawnień do wykonywania procedur z zakresu medycyny estetycznej, 15 kwietnia na posiedzeniu PNRL podjęto stanowisko dotyczące kompetencji niezbędnych do wykonywania elementów procedur wchodzących w skład zabiegów medycyny estetycznej.

PNRL zauważa, że o ile w orzecznictwie sądowym można znaleźć tezę, iż należy ustalać za każdym razem, czy dana procedura z zakresu medycyny estetycznej jest świadczeniem zdrowotnym, o tyle we wszystkich zabiegach inwazyjnych z tej dziedziny częściowe procedury są procedurami medycznymi i z wymienionych w stanowisku względów zastrzeżone są dla osób legitymujących się odpowiednimi kompetencjami. ■

Wystawa w Senacie



„Walka medyków z pandemią koronawirusa” – pod takim tytułem 13 kwietnia otwarto ekspozycję inaugurującą obchody, uchwalonego przez Senat RP, Roku Pracowników Ochrony Zdrowia. Marszałek Senatu Tomasz Grodzki określił ją jako „skromny hołd dla wszystkich, którzy poświęcają zdrowie i życie w walce z pandemią”.

Na wystawie zaprezentowano zdjęcia pokazujące trudną i wyczerpującą pracę medyków w walce z koronawirusem, a także sprzęt medyczny wykorzystywany przy leczeniu pacjentów covidowych. Na uroczystości obecni byli wiceprezes NRL Krzysztof Madej oraz ekspert NRL ds. walki z COVID-19 Paweł Grzesiowski.

W swoim wystąpieniu dr Madej porównał panującą od ponad roku pandemię do wojny, a tym samym szansy na zmiany: „Liczymy, że ta wojna spowoduje w systemie zdrowia zmiany na tyle istotne, że wyjdziemy z tego jako zwycięzcy”. Ekspozycję można obejrzeć online. ■



Módlmy się o powrót do niewydolnego systemu

Tyleż jest pięknych dla publicysty obszarów na temat wartości wiecznotrwałych. Chciałoby się polatać w wysokich diapazonach filozofii medycyny, a tu tylko ta polityka.

Krzysztof Madej

Polityka z jej odwieczną złośliwością, mająca na celu nie tylko pokonanie, ale jeszcze pogębienie przeciwników, załatwienie swoich prywatnych, przyziemnych spraw, poszerzenie zakresu władzy i załapaniu się w kolejnych wyborach.

A ja siadam do tego felietonu ciężko, z ociąganiem i z poczuciem pewnego przymusu. Mojej kłopotliwej sytuacji wcale nie zmienia to, że sam sobie ten przymus narzuciłem. Czuję się bowiem w obowiązku wrócić do sprawy tzw. centralizacji szpitali. Wrócić, bo na łamach „Gazety Lekarskiej” w ostatnich dwóch numerach (3/2021, 4/2021) red. Mariusz Tomczak informował naszych prześlanych czytelników o tym, co ze sfer rządowych i samorządowych wiemy już o tym pomysle, jak wygląda oficjalne uzasadnienie do tego, co nazywamy założeniami do projektowanych przyszłych regulacji ustawowych i jak przebiega linia krytyki.

Nie będę przytaczał i opisywał elementów tej koncepcji i argumentów krytyki. Jedne są wariantowe i trudne do przedstawienia, inne brutalnie proste i czytelne. Pomiedzy wariantami przekazania praw właścicielskich wojewodom lub marszałkom województw lub NFZ-owi lub Agencji Rozwoju Szpitali lub przekształceniu wszystkich szpitali w spółki z większościowym udziałem Skarbu Państwa jest przepaść co do skutków, natomiast wymiana kadry zarządzającej z dotychczasowej na „swoją” nie pozostawia złudzeń co do intencji.

Chciałbym spojrzeć na ten pomysł z innej perspektywy – od strony polityki, psychologii władzy i od strony interesu, który eufemistycznie nazywany jest, żeby ładnie brzmiało, biznesem. Poganiam się, bo nie wiadomo, jakiej dynamiki nabierze ten pomysł – czy nagle nie przyspieszy? – i na rozważania przedwstępne będzie już za późno, a one są najważniejsze. Potem będzie już tylko okładanie się kijem. Przypominam sobie, jak trzy inne

ustawy z przeszłości: o kasach chorych, o ich przekształceniu w NFZ i o sieci szpitali, które wśród gromkich fanfar, jako panaceum na całą mizериę polskiego systemu ochrony zdrowia, zwały się nam na głowy z hukiem, a jakie było ich terapeutyczne znaczenie, widać choćby teraz. Na razie mamy sytuację „ciekawą”. Pomysł centralizacji szpitali został obwieszczony gdzieś na przełomie stycznia i lutego tego roku. Powołany 23 grudnia 2020 r. krystalicznie czysty, rządowy zespół (bez żadnych tam zanieczyszczeń w postaci ekspertów zewnętrznych, samorządowych lub, nie daj Boże, niezależnych), który otrzymał kompetencje przygotowania „przekształceń właścicielskich” – miał w marcu przedstawić projekt ustawy. Następnie termin ten został przesunięty na kwiecień. Później na maj (gdzieś mówi się też o czerwcu). Maj właśnie przyszedł, więc czekamy w napięciu, tym większym, że o projekcie zrobiło się teraz dziwnie cicho.

Prawdopodobieństwo tak gwałtownej i radykalnej zmiany stosunków właścicielskich (czytaj władzy, na podstawie równania: własność = władza) przez niektórych oceniane jest jako niewielkie. Pierwotny opór i krytyka pomysłu ze strony samorządów wojewódzkich i powiatowych były bardzo silne i niestety dla naszej umęczonej medycyny wpisywały się wprost w wojnę polityczną, która pustoszy życie publiczne. Jedni zdają się argumentować w myśl przysłowia, że „nie zmienia się koni w czasie przeprawy przez rzekę”, a pandemia jest przecież teraz takim rwącym nurtem rzeki, drudzy przekonują, że jak nie zmieni się koni, to z rzeki się nie wyjedzie. Do tego dochodzą jeszcze wewnętrzne problemy obecnej koalicji, zaognione dodatkowo niefortunnnymi projektami reformatorskimi i legislacyjnymi, więc chyba rząd nie otworzy tak rozległego frontu walki o lepsze jutro w obawie dalszych strat wizerunkowych – przekonują ci pierwsi; ale za to może zyskać miano uzdrowiciela polskiej medycyny, za co społeczeństwo wynagrodzi władzę sowicie – przekonują ci drudzy. Nagroda będzie imponująca, bo społeczeństwo cierpi teraz

okrutnie z powodu pogłębiającej się nieomówionej ochrony zdrowia, a efekt zależny, jak zwykle, od sprawności perswazji, czyli mówiąc po naszymu, propagandy.

Co by nie powiedzieć, ta planowana operacja na systemie ochrony zdrowia jest niezwykle ryzykowna, bo oprócz utworzenia nowych, etatystycznych instytucji (a w nich stanowisk kierowniczych), otwarcia nowych kanałów przepływu pieniądza publicznego (nie ma to jak obsługa długów, w języku finansistów dług jest cenniejszy niż odłożony kapitał) oraz wymiany kadr (dotychczasowych na nowe, oczywiście lepsze), planowana centralizacja naruszy liczne lokalne interesy indywidualne i lokalnych środowisk samorządowych. Rozwiązanie tego równania z dziedziny rachunku prawdopodobieństwa jest niezwykle trudne, nie wolno jednak zapominać, że niekiedy ugrupowania polityczne w ogniu kryzysu politycznego podejmują działania gwałtowne, desperackie, nie do końca przemyślane, często na własną zgubę.

Pamiętam, jak dawno temu, gdy widać było, że system kas chorych jakoś, poza długami, nie spełnia pierwotnych wizji ojców transformatorów ustrojowych i nadziei społecznych, gwałtownie wybuchła nowa wiara: powszechnej prywatyzacji w ochronie zdrowia (prywatyzacji poprzez komercjalizację). Był nawet projekt ustawy, a myśmy gryźli paluszki z niepokoju, czy tak krótki czas, który pozostał do końca kadencji, okaże się wystarczający, aby przeprowadzić ten niefortunny pomysł. Zabrakło dni. Projekt ustawy, że powiem językiem parlamentarnym, uległ dyskontynuacji, śmiało reformatorskie ugrupowanie sromotnie przegrało wybory i odeszło w niepamięć. Otworzyło się więc czyste pole do radosnych głupot następnego zwycięskiego ugrupowania.

Jeśli jednak spojrzeć na ten pomysł z dystansu, na chłodno, to nie sposób odmówić mu dużej dozy racjonalizmu, przynajmniej po stronie diagnozy. Od czasu wprowadzenia tzw. „systemu ubezpieczeniowego” (piszę tzw. i w cudzysłowie, bo nie jest to żaden system ubezpieczeniowy, tylko zabezpieczeniowy, o odmiennym od poprzedniego sposobie gromadzenia środków podstawowych i innym sposobie dzielenia ich na świadczenia), tj. od uchwalenia ustawy o kasach chorych (1997 r. + dwuletnie *vacatio legis*), system ochrony zdrowia szybko atomizował się na suwerenne strefy kompetencji i interesów. Tych linii podziału na mapie polskiej medycyny można by wykreślić co niemiara. Istniała mozaika stosunków właściwiejszych, organów tworzących, form prawnych instytucji ochrony zdrowia, form prawnych zatrudnienia personelu, podziałów terytorialnych itd., itd. Każda z tych części jeszcze wewnętrznie podzielona i, na dokładkę, opłacana w inny sposób. Nie dziwota więc, że ktoś (o przepraszam! – władza) chciałby tu posprzątać.

Dlaczego akurat porządki mają się zaczynać od szpitali? Pewnie dlatego, że zjadają największą część budżetów przeznaczonych na zdrowie i stanowią największe zaplecze funkcjonalne dla pozostałych części systemu: publicznych i prywatnych. Przez to szpitale stają się niewydolne, a pozostałe części systemu, takie jak podstawowa opieka, specjalistyka oraz szereg innych, nieefektywne. Plotka głosi, że władze państwa zdesperowały i roją o takiej gruntownej reformie systemu w czasie pożaru epidemii, bo nie mogły z powodu oporu lokalnych władz medycznych, na bazie obecnego zaplecza szpitalnego, utworzyć adekwatnej do potrzeb bazy dla chorych na COVID-19. Mimo to, do tego doszedł drugi czynnik pogłębiający kryzys, tj. gwałtowne ograniczenie możliwości udzielania pomocy chorym na inne niż COVID-19 schorzenia. Teraz władzom państwa i przede wszystkim społeczeństwu pozostaje modlić się żarliwie, aby pandemia ustąpiła i aby ochrona zdrowia wróciła do poprzedniego, niewydolnego kształtu – to byłby bardzo duży zysk społeczny. Wyłączenie dużych części opieki medycznej stanowi istotne ryzyko społeczne i polityczne.

W dobie wojny z wirusem pokusa scentralizowanego systemu dowodzenia jest typowym odruchem. Ale jest też w medycznej myśli reformatorskiej pewna alogiczna wiara, że jak się znajdzie w systemie jeden ważny (choćby częściowy) i węzłowy obszar, i gruntownie się go zreformuje, to pozostałe części medycznego puzzla same się do niego i do siebie nawzajem dopasują. Historia

ostatnich nieco ponad dwudziestu lat pełna jest tego przykładów. Dam jeden, niezwykle dla mnie wymowny (już raz o nim pisałem – przepraszam, powtórzę, ostatni raz). Był rok 1998. W Kiekrzu pod Poznaniem spacerowałem po parku z pewnym ówczesnym ministrem – nie zdrowia, to bardzo ważne. Rozmawialiśmy o uchwalonej 6 lutego 1997 r. ustawie o kasach chorych. Rozmawiał ze mną ostrożnie, pewnie uznawał mnie za entuzjastę (to było powszechne wokół) tak pomyślnych zmian. Było inaczej, ale trzymałem język za zębami, aby nie być zmiecionym przez opinię środowiskową. W pewnym momencie przytrzymał mnie mocno za łokieć i powiedział: „Panie doktorze, nie wyjdzie im ta reforma, nie wyjdzie”. Dlaczego? – zapytałem. „Bo chcą urynkować świadczenia zdrowotne, a nie chcą urynkować pracy ludzkiej”. Prorocze słowa. Więc gdybym teraz wybrał się w Kiekrzu z ministrem Niedzielskim na spacer po parku, to bym go tak ścisnął za łokieć, że aż by mu prąd poszedł po nerwie łokciowym i powiedział: „Panie Ministrze, nie wyjdzie panu ta reforma, nie wyjdzie, bo chce pan scentralizować szpitale, a nie chce pan...”. A zresztą, nie wybieram się do Kiekrza. ■

Jedni zdają się argumentować w myśl przysłowia, że „nie zmienia się koni w czasie przeprawy przez rzekę”, a pandemia jest przecież teraz takim rwącym nurtem rzeki, drudzy przekonują, że jak nie zmieni się koni, to z rzeki się nie wyjedzie.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

OZL obiegowo

W całym kraju odbyły się lub lada moment zostaną przeprowadzone coroczne okręgowe zjazdy lekarzy, podczas których podejmowane są uchwały dotyczące działania okręgowych izb lekarskich, zatwierdzania ich budżetów, udzielenia absolutorium okręgowym radom lekarskim, a także są rozpatrywane i zatwierdzane roczne sprawozdania ORL, okręgowych komisji rewizyjnych,

okręgowych sądów lekarskich, okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz okręgowych komisji wyborczych.

Ze względu na panującą pandemię koronawirusa, wydarzenia mają charakter obiegowy. Zjazdy zostały już przeprowadzone m.in. w OIL w Białymstoku, OIL w Krakowie, Lubelskiej Izbie Lekarskiej, a także w OIL w Szczecinie. ■

KPORL przeciw manipulacji



Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich zaprotestował przeciwko obarczaniu samorządu lekarskiego winą za niedobory kadrowe w ochronie zdrowia i oskarżaniu o obstrukcję w rozpatrywaniu wniosków lekarzy i lekarzy dentystów z dyplomem spoza Unii Europejskiej o przyznanie polskiego warunkowego prawa wykonywania zawodu.

Przypomnijmy, że szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Michał Dworczyk w wywiadzie dla „Dziennika Gazety Prawnej”, opublikowanym 26 marca, powiedział: „część środowiska medycznego stosuje obstrukcję przy rozpatrywaniu wniosków. Samorząd lekarski je

blokuje”. Dodał także, że „wniosków są setki. Leżą w Ministerstwie Zdrowia”.

„Jako Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich stanowczo żądamy zaprzestania przez władze wprowadzania opinii publicznej w błąd i prób manipulowania faktami. (...) Okręgowe Izby Lekarskie otrzymały do tej pory 29 takich wniosków, 10 z nich zostało rozpatrzonych pozytywnie, 3 negatywnie, pozostałe są w trakcie procedowania (głównie w zakresie ewidentnych braków formalnych i merytorycznych). W żadnym z ww. przypadków izby okręgowe nie zwlekały z podjęciem decyzji” – czytamy w stanowisku KPORL podjętym 28 marca. ■

#szanujmedyka



Śląska Izba Lekarska i Śląski Uniwersytet Medyczny rozpoczęły kampanię, w ramach której chcą mówić głośno o fali hejtu zalewającej pracowników ochrony zdrowia. Celem akcji #szanujmedyka jest zwrócenie uwagi na wzajemne zaufanie i życzliwość w relacji pacjent – medyk.

Jednym z jej elementów jest noszenie plakietki z hasłem „Szanuję Ciebie – Szanuj Mnie!”. Po plakietkę można się zgłosić do ŚIL lub pobrać ze strony internetowej izby grafikę do jej samodzielnego wykonania. Dodatkowo każdego dnia w mediach społecznościowych ŚIL i SUM jest publikowana jedna historia związana z hejtem, jaki spotkał medyka podczas wykonywania pracy.

To już kolejna akcja organizowana wspólnie przez ŚIL i SUM. Obydwie instytucje miały już okazję wcześniej współpracować przy okazji projektu „COVID zabija – zaszczep się!” oraz działania na rzecz kobiet w ciąży pod hasłem „Cięża nie chroni przed rakiem”.

Z kolei 30 marca doszło do podpisania porozumienia pomiędzy SUM i ŚIL, które jeszcze bardziej zacieśnia ich wzajemną współpracę – cele to m.in. organizacja konferencji naukowych, szkoleń, kursów, a także promocja kształcenia podyplomowego i prowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnych. ■

Szczecińscy mentorzy

Prof. Jadwiga Buczkowska-Radlińska, prof. Marta Wawrzynowicz-Syczewska oraz dr Łukasz Jodko zostali uhonorowani tytułami „Mentora” Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie za 2020 r. Tytuły przyznano podczas posiedzenia ORL w Szczecinie, które odbyło się pod koniec lutego w formie wideokonferencji. Tytuł „Mentora” przyznawany jest członkom OIL w Szczecinie szczególnie zasłużonym dla środowiska lekarskiego lub lekarsko-dentystycznego w przekazywaniu wiedzy i kwalifikacji zawodowych, lub za szczególne podejście do początkujących adeptów sztuki lekarskiej i lekarsko-dentystycznej, lub zasłużonym w organizacji szkolenia i doszkalania lekarzy oraz lekarzy dentystów.

WIL w obronie lekarzy

W ostatnim czasie Wielkopolska Izba Lekarska kilkakrotnie występowała przeciwko zniesławianiu lekarzy pracujących na terenie województwa.

13 kwietnia przed Sądem Rejonowym Poznań-Grunwald i Jeżyce odbyła się druga rozprawa w procesie Jerzego Z., pociągniętego do odpowiedzialności za wpis zamieszczony w mediach społecznościowych w listopadzie 2018 r., w którym ubliżał i groził poznańskim lekarzom. To WIL powiadomiła prokuraturę o możliwości popełnienia przestępstwa. Proces rozpoczął się 26 marca br.

Izba interweniowała też po emisji reportażu w programie „Uwaga” Telewizji TVN. Zarówno w materiale wyemitowanym 16 listopada 2020 r., jak i w komentarzach zamieszczanych w portalach społecznościowych pojawiały się – jak zauważa izba – nieprawdziwe, znieważające lekarzy twierdzenia. Sprawa trafiła do prokuratury.

Śledczy zajmują się także zawiadomieniem złożonym przez WIL w związku z naruszeniem dóbr osobistych lekarzy ze Szpitala Specjalistycznego w Pile przez Starostę Pilskiego Eligiusza Komarowskiego. ■

Apel ws. wynagrodzeń specjalizantów

Okręgowa Rada Lekarska w Gdańsku zaapelowała do podmiotów zawierających z lekarzami i lekarzami dentydami umowy cywilnoprawne o szkolenie specjalizacyjne o ukształtowanie wynagrodzeń przysługujących tym lekarzom w wysokości nie niższej od tych przewidzianych dla lekarzy odbywających specjalizację w ramach rezydentury.

W apelu podjętym przez ORL 18 marca czytamy m.in., że „nie ma powodów, by różnicować wartość pracy świadczonej

przez lekarzy realizujących szkolenie specjalizacyjne w ramach umów rezydenckich i umów cywilnoprawnych”. Przypomnijmy, że zgodnie z obowiązującym obecnie prawem lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne na podstawie umowy cywilnoprawnej otrzymuje wynagrodzenie, które nie może być niższe od minimalnej stawki godzinowej za pracę ustalonej na podstawie przepisów ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. ■

Badania profilaktyczne



Śląska Izba Lekarska wraz z Fundacją Nu-Med zorganizowała badania profilaktyczne dla kobiet (USG piersi). 20 marca i 17 kwietnia w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej UCK SUM w Katowicach, w pełnym reżimie sanitarnym, przebadano ponad 100 kobiet. Badania zostały sfinansowane z funduszy, które udało się pozyskać z dystrybucji kalendarza „ŚILne Kobiety” wydanego przez ŚIL na rok 2020. W bieżącym roku planowane jest przygotowanie kalendarza na rok 2022 „ŚILni Mężczyźni”, który ma zwrócić uwagę na potrzebę profilaktyki męskich chorób onkologicznych. ■

Resortowe odznaczenia dla samorządowców

53 osoby działające na rzecz samorządu lekarskiego otrzymały odznaki honorowe Ministra Zdrowia „Za usługi dla ochrony zdrowia” w 2020 r.

Przyznano je na wniosek prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyi, po wcześniejszym zgłoszeniu propozycji kandydatów do odznaczenia przez okręgowe izby lekarskie. Wszystkie kandydatury zawarte we wniosku zostały zaakceptowane przez MZ. ■

Dzieci na okładkę!



Na łamach czerwcowego wydania „Primum”, biuletynu Bydgoskiej Izby Lekarskiej, jak co roku, zagospodzą dzieci (do lat 12) lekarzy i lekarzy dentyistów zrzeszonych w BIL. Zdjęcia lekarskich pociech zostaną opublikowane na okładce i wewnątrz magazynu. Fotografie (wraz ze zgodą na publikację wizerunku dziecka) należy przesłać e-mailem (primum@bil.org.pl) lub tradycyjną pocztą na adres redakcji (ul. Powstańców Warszawy 11, 85-681 Bydgoszcz). Redakcja na zgłoszenia czeka do 14 maja. ■

Projekty filmowe

Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi realizuje kolejne filmy. Na izbowym kanale w serwisie YouTube można już obejrzeć m.in. dwa odcinki z cyklu „Lekarze z pasją”, a także projekcje z serii „Magia, sztuka i nauka” (projekt przeznaczony dla dzieci). ■

Klub odnowiony

Klub Lekarzy w siedzibie Lubelskiej Izby Lekarskiej przeszedł gruntowną modernizację. Wnętrza nabrały nowoczesnego i bardziej przestronnego wyglądu. Dodatkowo, jak informuje biuletyn LIL „Medicus”, dzięki zainstalowaniu profesjonalnego sprzętu do realizacji audio-video, powstała możliwość prowadzenia transmisji na żywo z odbywających się w klubie wydarzeń. ■

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

O chleb i dach nad głową

Po wojnie władza konsekwentnie dławiła wszelkie inicjatywy okręgowych izb lekarskich zmierzające do odbudowania struktur samorządowych.

Po zakończeniu II wojny światowej okręgowe izby lekarskie starały się jak najszybciej stanąć na nogi i reaktywować działalność sprzed 1939 r. Ze względu na różnorodne uwarunkowania związane z nowym podziałem administracyjnym kraju, nieprzychylną polityką komunistycznych władz prowadzoną wobec samorządu lekarskiego, a także ogromnymi socjalnymi potrzebami lekarzy, działania te miały charakter zróżnicowany.

Z zachowanych nielicznych sprawozdań z działalności samorządu lekarskiego w okręgach z tego okresu wynika, że członkowie zarządów izb, na przekór wszystkiemu, starali się realizować swoje zadania konsekwentnie, również te dotyczące pomocy socjalnej.

NIEŚLI POMOC

Izba Lekarska Krakowska wznowiła swoją działalność w połowie 1944 r. nielegalnie. Ze wspomnień dra Mariana Ciećkiewicza, sekretarza przedwojennej i odrodzonej Izby Lekarskiej Krakowskiej, dowiadujemy się, że ludność Krakowa była jeszcze wówczas zagrożona niemieckimi nalotami, do których w każdej chwili mogło dojść, kiedy Sowieci wyzwalali miasto. Mobilizacja sił medycznych była niezbędna. Grono lekarzy samorządowców skupionych przy Polskim Czerwonym Krzyżu uznało, że trzeba być przygotowanym na wielu rannych, zgromadzono więc duże ilości materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego i leków. Do nalotów jednak nie doszło, a zgromadzone środki medyczne zostały skierowane do Warszawy, dla rannych w Powstaniu Warszawskim.



Dr Jan Kazimierz Gołąb, wieloletni działacz samorządowy Izby Lekarskiej Krakowskiej, na zdjęciu z sanitariuszami podczas jego wcześniejszej służby w Legionach Polskich.

Oficjalnie OIL w Krakowie rozpoczęła działalność 22 lutego 1945 r. – niedługo po wkroczeniu Armii Czerwonej do stolicy Małopolski. Wszystko działało się bardzo szybko. Już kilka dni później odbyło się pierwsze posiedzenie, podczas którego uzupełniono zarząd izby, posiłkując się składem przedwojennej rady i wyłoniono prezesa, którym został dr Jan Kazimierz Gołąb. Wyremontowano budynek, w którym mieściła się izba i wydano „Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej Krakowskiej”, co było ewenementem w tamtych czasach, ponieważ władze prowadziły reglamentację papieru w obawie przed pojawieniem się niezależnych wydawnictw. Niestety, był to jedyny numer, który izbie udało się wydać i ma on dziś znaczenie historyczne.

Od początku priorytetem izby była pomoc lekarzom rozumiana w szerokim tego słowa znaczeniu. OIL w Krakowie, zaniepokojona odgórnymi decyzjami władz w sprawie przymusowego rozmieszczania lekarzy (co wiązało się z nakazami pracy), interweniowała w tej sprawie w Naczelnej Izbie Lekarskiej, a za pośrednictwem Kasy Wzajemnej Pomocy Lekarzy wspierała finansowo rodziny lekarzy, którzy nie przeżyli wojny. W tym czasie był to jedyny w kraju organ samorządu lekarskiego, który wypłacał zapomogi na tak szeroką skalę. Zebrane z wielkim trudem na ten cel pokaźne fundusze zostały później zarekwirowane przez likwidatora izb lekarskich i nigdy krakowska izba ich nie odzyskała.

PRZYSPIESZYĆ WYBORY

Zarząd krakowskiej izby szybko przejrzał podstępną grę polityczną ówczesnych władz wobec samorządu lekarskiego, dlatego chciał jak najszybciej doprowadzić do wyborów. Umocniłoby to izbę w jej strukturach i dałoby możliwość działania zgodnie z literą prawa. Mówi o tym sprawozdanie z działalności izby za 1946 r.: „Wybory do władz Izby lekarskiej powinny odbyć się jak najrychlej tym bardziej, że nie stoją temu na przeszkodzie żadne względy natury formalnej. Komisja Wyborcza wybrana przez Radę Izby wiosną 1939 r. istnieje prawie w pełnym składzie, wystarczy więc ogłosić listę wyborców i w porozumieniu z Naczelną Izbą Lekarską wyznaczyć termin”.

Działacze izby doskonale orientowali się, że prawna podstawa do przeprowadzenia wyborów wciąż obowiązuje i chcieli wykorzystać ten

Zarząd krakowskiej izby szybko przejrzał podstępną grę polityczną ówczesnych władz wobec samorządu lekarskiego, dlatego chciał jak najszybciej doprowadzić do wyborów.

fakt. Napotkali jednak na opór NIL, która była już zmanipulowana przez ówczesną władzę i wydała polecenia zaniechania jakichkolwiek działań w tym kierunku. Władza, poprzez swoich ludzi zasiadających w Zarządzie NIL, zapowiadała, że sprawa wyborów będzie uregulowana dla całego kraju specjalnym dekretem. Wprawdzie resort zdrowia przygotował projekt takiego dekretu, ale jego postanowienia naruszały zasady funkcjonowania samorządu lekarskiego, czemu Okręgowa Izba Krakowska stanowczo się wówczas sprzeciwiła, wytykając punkt po punkcie zapisy dające podstawę prawną do likwidacji zarządów izb. Przejrzała politykę władz, wyprzedzając tym samym późniejsze wydarzenia.



Zebrań członków Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w Warszawie (1938 r.), na zdjęciu widoczny m.in.: prezes tej izby prof. Władysław Szenajch (3. z prawej w I rzędzie).

BEZ MIESZKAŃ I GABINETÓW

Okręgowa Izba Lekarska w Poznaniu po wojnie rozpoczęła swoją działalność bez Izby Pomorskiej, która wcześniej znajdowała się w jej strukturze. W marcu 1945 r. na komisarza izby nominowano dra Józefa Jankowiaka. Charyzmatyczny Roman Konkiewicz, który pełnił tę funkcję od 1935 r., został przez Niemców rozstrzelany na początku wojny. Poznańska izba, na tle innych izb okręgowych, znajdowała się w szczególnej sytuacji, ponieważ okupant wysiedlił przymusowo większość tamtejszych lekarzy do Generalnej Guberni, konfiskując ich warsztaty pracy i mienie. Trzeba było więc zaczynać wszystko od zera – najpierw umożliwić im powrót do domu, a później wspomóc w urządzeniu gabinetów i ułatwić podjęcie pracy.

Przed wojną w Wielkopolsce i samym Poznaniu preferowano leczenie gabinetowe wobec leczenia ambulatoryjnego w przychodniach, dlatego przydział mieszkań dla powracających lekarzy wiązał się z wyborem lokali, w których na zapleczu mógłby być urządzony gabinet. W nowej, powojennej rzeczywistości okazało się to niewykonalne, o czym pisał w swoim rocznym sprawozdaniu ówczesny komisarz izby Józef Jankowiak: „Powracającym lekarzom, którzy wskutek przymusowego wysiedlenia i działań wojennych stracili cały swój dobytek, izba lekarska nie jest w stanie pomóc, ponieważ niemieckie gabinety lekarzy, które mogłyby im przekazać, zostały zdewastowane”.

Także w kwestii mieszkań dla wracających z przesiedleń lekarzy izba była bezradna, ponieważ sprawy te przejął specjalny urząd mieszkaniowy. Wprawdzie na początku z powodu braku lekarzy w Poznaniu i na prowincji urząd ten przydzielał im mieszkania, jednak trwało to krótko. O mieszkania dla lekarzy było coraz trudniej, a jeśli już udało się je wywalczyć, nie nadawały się one do prowadzenia gabinetów. To było celowe działanie, władzom chodziło o to, aby ukrócić prywatną praktykę lekarską, a z czasem ją zlikwidować. Lekarze nie mogli więc w tym względzie liczyć na przychyłność decydentów.

Działacze samorządowi rozumieli, że w powojennej rzeczywistości uprawianie wolnego zawodu lekarza jest zagrożone. Robili jednak dobrą minę do złej gry, czego przykładem jest – jak wynika z cytowanego już sprawozdania – pojednawczy stosunek do uprzywilejowanego przez władze Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Wyczuwali unifikację ruchu związkowego i zbliżającą się apokalipsę, ale jeszcze liczyli, że izbie uda się zachować dawny status. To dlatego poznańska izba lekarska jako pierwsza w kraju podjęła wysiłek wznowienia pisma samorządowego „Nowiny Lekarskie”, zanim Ministerstwo Zdrowia powołało własne pismo „W służbie zdrowia”.

CHAOS I GŁÓD

W zrujnowanej po Powstaniu Warszawskim stolicy odbudowa struktur Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, która przed wojną funkcjonowała jako Izba

Lekarska Warszawsko-Białostocka, była jeszcze trudniejsza. Jej odrodzenie nastąpiło 26 stycznia 1945 r., a przewodniczącym został Władysław Szenajch, którego wkrótce po mianowaniu na funkcję prezesa NIL zastąpił Kazimierz Bacia, przedwojenny skarbnik izby.

Biuro izby początkowo znajdowało się w podwarszawskich Tworkach, a po uporządkowaniu budynku przy ul. Koszykowej 37 przeniosło się do Warszawy. W sprawozdaniu z tego okresu zanotowano powołanie komisji problemowych: planowania, kwalifikacyjnej, cennikowej, ds. volksdeutscheów. Komisja planowania, kierowana przez dra L. Rostkowskiego, zajmowała się problemami organizacji służby zdrowia i reformy studiów lekarskich. W kwestii działania innych komisji nie zachowało się zbyt wiele materiałów. Jest natomiast wzmianka o tym, że powołano przy izbie Klub Lekarza, który miał integrować środowisko lekarskie oraz służyć wymianie wiedzy i doświadczeń. To był ewenement na skalę krajową. Był

PRIORYTETEM BYŁ SOCJAL

W czasie wojny zginęło 700 lekarzy izby warszawsko-białostockiej, ale na liście tych, którzy nie wrócili, było aż 1000 osób. Ich rodziny – żony i dzieci – powróciły do Warszawy do spalonych, zniszczonych domów, bez ubrań, sprzętów codziennego użytku, bez grosza przy duszy. Ówczesne Ministerstwo Zdrowia przekazało wprawdzie dla nich pewną pomoc finansową, ale była to kropla w morzu potrzeb. Zarząd izby utworzył więc Kasę Pogrzebową. Gromadzenie funduszy było jednak bardzo trudne, bo bieda tych, którzy przeżyli, nie skłaniała do płacenia składek członkowskich, a tym samym dzielenia się pieniędzmi z innymi. Pojawił się też problem osób podających się za lekarzy, którzy nie mieli dyplomów, a z medycyną zetknęli się jako sanitariusze w czasie wojny.

W październiku 1945 r. izba ogłosiła regulamin tymczasowy, który określał zasady funkcjonowania Funduszu Zapomóg Pośmiertnych oraz ogłaszania się lekarzy w prasie. Regulamin stanowił, że

Działacze samorządowi rozumieli, że w powojennej rzeczywistości uprawianie wolnego zawodu lekarza jest zagrożone.

bo wobec niedoboru kadr medycznych taki rynek praktycznie nie istniał.

To był dla warszawskiej izby czas bardzo trudny, z jej szeregów wywodzili się kandydaci do Zarządu NIL, która toczyła zacięty bój z władzami o „być albo nie być” samorządu lekarskiego. W NIL rozgrywały się wszystkie ważne wydarzenia związane z budowaniem służby zdrowia, w tym z różnymi aspektami dotyczącymi wykonywania zawodu lekarza w nowej, powojennej rzeczywistości.

To z izby warszawskiej pochodzili: prof. Mieczysław Michałowicz, Władysław Szejnach, Kazimierz Bacia, Jan Rutkiewicz i Ludwik Rostkowski, którzy byli najbliższymi toczących się w Ministerstwie Zdrowia rozgrywek politycznych wokół istnienia samorządu lekarskiego, często stając po przeciwnych stronach barykady.

BEZ UMOCOWANIA PRAWNEGO

Wszystkie izby okręgowe wznowiły swoją powojenną działalność w 1945 r. W tamtym okresie wciąż liczyły na to, że władze wydadzą dokument (dekret) legalizujący funkcjonowanie samorządu lekarskiego. Jednak gdy tak się nie stało, były zmuszone działać na podstawie rozporządzenia z 1934 r., zatem działalność ich rad i zarządów miała charakter tymczasowy, przez co brakowało podstaw formalnych do powołania sądów dyscyplinarnych przy izbach okręgowych, jak również Sądu Dyscyplinarnego przy NIL jako instancji odwoławczej. Kiedy wreszcie w 1946 r. dekret Krajowej Rady Narodowej „o samorządzie zawodowym” się ukazał, zdawało się, że mianowanie władz izbowych jest bliskie, jednak władza celowo opóźniała jego wprowadzenie w życie, prowadząc wobec samorządu lekarskiego politykę, która miała na celu jego likwidację. ■

Źródło:

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izby Lekarskiej w Polsce w latach 1945-2005”
Zygmunt Wiśniewski, „Lekarskie drogi (1945-1956). Czasy reżimu Bieniutę”



Kurs lekarsko-sportowy w Poznaniu (1934 r.), w którym uczestniczył m.in. prezes Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej dr Roman Konkiewicz (l rząd 2. z prawej).

też sprawy, których zarządowi tej izby nie udało się „załatwić” u ówczesnej władzy – chodzi o przydział spirytusu, produktów żywnościowych, artykułów tekstylnych, mydła i opału dla lekarzy. W Warszawie panował wówczas chaos i głód, a zdobycie środków opatrunkowych i instrumentów medycznych graniczyło z cudem. Wspominając ten czas dr Jadwiga Pągowska-Wawrzyńska, ówczesna sekretarz izby, zauważa, że sprawy bytowe lekarzy miały w tym niezwykle trudnym okresie rangę równą sprawom merytorycznym dotyczącym wykonywania zawodu lekarza.

„na wszelkiego rodzaju ogłoszenia i reklamy należy uprzednio uzyskać zezwolenie Zarządu Izby”. Chciano w ten sposób zapobiegać patologii pojawiającej się na rynku pracy. W razie naruszenia przepisów zarząd izby zapowiadał, że złoży doniesienie karne przeciwko lekarzom dopuszczającym się tego wykroczenia. Jednak w prasie w tym czasie brak było ogłoszeń lekarskich i reklam lecznic. Bardziej więc chodziło o wykazanie czujności w sprawie nadużyć dotyczących ewentualnego reklamowania się lekarzy walczących o rynek pracy niż faktyczną walkę,

Pandemia w liczbach

W maju każdy pełnoletni obywatel naszego kraju będzie mógł zapisać się na szczepienie przeciw COVID-19. Rząd deklaruje, że do sierpnia zostaną zaszczepieni wszyscy chętni.

100 mln

na tyle dawek polski rząd zawarł dotychczas umowy z producentami szczepionek przeciw COVID-19. Z uwagi na to, że chęć ich przyjęcia różni się w zależności od grup wiekowych, wystartuje rządowa kampania zachęcająca młodsze roczniki do zaszczepienia się.

500

dawek dziennie – to minimalna wydajność punktów szczepień powszechnych w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców (w mniejszych – 200). Rząd chce, by przynajmniej dwa takie punkty powstały w każdym powiecie, głównie poza siecią placówek medycznych.

30 tys. zł

może wynieść kara administracyjna dla osoby, która nie wykonuje decyzji o skierowaniu do pracy przy zapobieganiu i zwalczaniu epidemii. Takie decyzje nie wymagają uzasadnienia. Mimo wniesienia odwołania należy stawić się do pracy we wskazanym miejscu i czasie.

2

osoby zwolniono dyscyplinarnie w związku z incydentem w szpitalu tymczasowym w Poznaniu, gdzie zabrakło tlenu. Do prokuratury wpłynęło zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

1,8 mld

na taką pulę dawek może opiewać umowa na zakup szczepionek, którą planuje podpisać Komisja Europejska po akceptacji państw członkowskich UE. Miałyby one zostać dostarczone w latach 2022-2023 w celu zabezpieczenia się przed spodziewanymi kolejnymi falami zachorowań.

67 tys.

zgonów więcej odnotowano w 2020 r. względem 2019 r. Tę nadwyżkę wygenerowały przede wszystkim zgony między październikiem a grudniem. Ich liczba zwiększyła się głównie u osób powyżej 60. r.ż. Przyczyną części z nich był SARS-CoV-2.

550

miejsz dla chorych na COVID-19 było przygotowanych w Szpitalu Narodowym pod koniec kwietnia. Wszystkie łóżka miały dostęp do instalacji tlenowej. Szpital kompletuje zespół m.in. w oparciu o pulę pracowników, z którymi zawarł ponad 500 umów cywilnoprawnych.

76

lekarzy, 56 pielęgniarek, 48 studentów, 3 położne i 2 pielęgniarki skierował wojewoda mazowiecki mocą decyzji do pracy w szpitalu tymczasowym w Szpitalu Południowym w Warszawie od marca do 21 kwietnia. Jego oddanie do użytku przyspieszono o pół roku.

300 mln zł

na wdrożenie technologii mRNA w Polsce, w celu przygotowania na ewentualne przyszłe pandemie, przekaze w pierwszej fazie ABM. Na technologii mRNA oparte są m.in. szczepionki przeciw COVID-19 produkowane przez Pfizer/BioNTech oraz Modernę.

ANALIZA

Lekcja pokory



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Jeśli wśród społeczeństwa „gen sceptycyzmu” jest rozpowszechniony, a zwątpienie w sens szczepień szerokie, to zdaniem szefa rządu „powrót do normalności” potrwa dłużej. Czy to nie zbytne uproszczenie?

Mimo że z każdym tygodniem przybywa wiedzy o wirusie SARS-CoV-2 i chorobie COVID-19, co lekarzom ułatwia pracę, a pacjentom nie-rzadko ratuje życie, pandemia uczy pokory przy podejmowaniu prób przewidywania przyszłości. Sokratejskie „wiem, że nic nie wiem” nabiera obecnie nowego znaczenia.

Natura, o czym przekonał się wielokrotnie, regularnie płata figle, nie zważając na wysiłki zespołów badawczych i prognozy analityków. – Wirusy są nieprzewidywalne – podkreśla prof. Krzysztof Pyrc z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ, który od 20 lat naukowo zajmuje się koronawirusami. O tej nieprzewidywalności warto pamiętać m.in. w kontekście rozpoczynającej się dyskusji o prawdopodobnym nadejściu – lub nie – IV fali pandemii.

PRZECZUCIA ZAWODZĄ

Jeśli kolejna fala się pojawi, to może, choć oczywiście nie musi, przybrać rozmiary podobne do poprzednich, a zagadką pozostaje rola, jaką w ewentualnym ograniczeniu jej skali odegra odporność nabywana w wyniku zachorowań i szczepień. Są wątpliwości, na jak długo szczepionki zapewnią ochronę i czy będą skuteczne w starciu z nowymi wariantami SARS-CoV-2, w tym również z takimi, o których istnieniu naukowcy jeszcze nie wiedzą. Pojawiają się także pytania, czy potrzebne będą dawki przypominające dla osób już zaszczepionych. Jeszcze w pierwszych tygodniach tego roku dało się usłyszeć opinie, że koronawirus znajduje się w odwrocie. Tymczasem na przełomie lutego i marca sytuacja epidemiczna w naszym kraju stała się niezwykle poważna, w marcu wiele placówek doświadczyło napływu pacjentów na niespotykaną dotąd skalę, a w kwietniu dobowe przyrosty osób zakażonych i zgonów z powodu COVID-19 i chorób współistniejących pobiły jesienne rekordy. W czasie majówki utrzymano

zdecydowaną większość obostrzeń. – Jesteśmy w stanie permanentnej wojny – ocenia dr Paweł Mieszczański, lekarz naczelny szpitala MSWiA w Katowicach, który zajmuje się pacjentami z COVID-19 w szpitalu tymczasowym w stolicy Górnego Śląska.

ZMIENNOŚĆ WIRUSA

Jeden z ważniejszych aspektów kształtujących przebieg pandemii stanowi obecność nowych wariantów SARS-CoV-2. Odkąd wirus zaczął budzić społeczną grozę, eksperci wskazywali, że trzeba być przygotowanym na zmienność jego form. „Łatwiejsze szerzenie się wirusa oraz prawdopodobnie jego większa zjadliwość to zła wiadomość. Oznacza ona, że przy takich samych restrykcjach będzie więcej zachorowań, większe zapotrzebowanie na opiekę szpitalną i większa umieralność. Oznacza ona również, że podwyższa się próg odporności zbiorowiskowej” – wskazuje interdyscyplinarny Zespół doradczy ds. COVID-19 przy prezesie PAN. W związku z rozpowszechnieniem brytyjskiego wariantu koronawirusa, rzadziej obserwuje się zaburzenia węchu i smaku u chorujących na COVID-19, co wcześniej uznawano za charakterystyczne objawy zakażenia. Do szpitali częściej trafiają młodszy pacjenci niż w ubiegłym roku. – Wydaje się, że szczepienie w grupach powyżej 70. roku życia zmienia epidemiologię wiekową – ocenia prof.

Miłosz Parczewski, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM w Szczecinie.

REALIA A OPTYZMIZM

Mimo braku wiedzy, jak potoczy się przyszłość, wielu medyków ma nadzieję, że okoliczności pozwolą im złapać odrobinę wytchnienia. Jak podkreśla prezes NRL prof. Andrzej Matyja, choć zmniejszyła się liczba zakażeń, nie należy „z euforią” przyjmować wiadomości o poprawie

Trzeba być
przygotowanym
na zmienność wirusa
SARS-CoV-2.



Pandemia uczy pokory przy podejmowaniu prób przewidywania przyszłości.

sytuacji epidemicznej, bo od dziennych statystyk zakażeń ważniejszy jest wskaźnik replikacji koronawirusa, a o sukcesie będzie można mówić po osiągnięciu odporności populacyjnej. – Jeszcze nie czas na hurraoptymizm – studzi emocje prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych dr Michał Sutkowski. Powody do optymizmu mają ci, którzy pokładają wielkie nadzieje na zakończenie pandemii dzięki masowym szczepieniom. W pierwszej połowie kwietnia ich liczba w ujęciu dziennym parokrotnie przekroczyła ćwierć miliona, a liczne znaki na niebie i ziemi wskazują, że w najbliższych tygodniach dojdzie do dużego przyspieszenia. – W czerwcu, jeżeli wszystko przyjdzie zgodnie z planem dostaw, Polska otrzyma rekordowe 13,75 mln dawek szczepionki – informuje premier Mateusz Morawiecki. Do tej pory rząd zawarł umowy z producentami szczepionek na zakup prawie 100 mln dawek. Jeszcze w maju każdy, kto ukończy 18. r.ż., będzie mógł zarejestrować się na szczepienie. Ważną zmianą wydaje się uregulowanie sytuacji, że w razie ryzyka, gdyby jakaś dawka mogła pozostać niewykorzystana, dopuszcza się zaszczepienie każdej pełnoletniej osoby. – Sukces Narodowego Programu Szczepień będzie można ogłosić, gdy 75-80 proc. osób w wieku 40-60 lat zostanie zaszczepiona, a w grupie wiekowej 60+ jeszcze więcej – ocenia dr Tadeusz Jędrzejczyk, były prezes NFZ, choć nie wszyscy stawiają poprzeczkę na tym poziomie.

SPÓR O STANDARD

Poza zwiększeniem dostaw, Narodowy Program Szczepień ma przyspieszyć dzięki uproszczeniu kwalifikacji do szczepienia (konsultacja lekarska tylko w razie pojawienia się wątpliwości) oraz znaczącemu poszerzeniu listy zawodów mogących wykonywać iniekcje (np. farmaceuci, fizjoterapeuci). Zmiany w rozporządzeniu ministra zdrowia stanowią pokłosie apeli części ekspertów zwracających uwagę na to, że korzyści płynące z szybkiego zaszczepienia większej liczby osób przeciw COVID-19 znacznie przewyższają ryzyko związane z warunkowym odstępianiem od badania fizykalnego

przez lekarza w sytuacji epidemii. Takie stanowisko zajęli m.in. konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii prof. Teresa Jackowska i przewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii dr hab. Ernest Kuchar. Na tym tle w środowisku lekarskim zawrzało. Stanowczy sprzeciw wobec ustawowego nadawania uprawnień przypisanych dotąd do zawodu lekarza innym profesjom wyraziło m.in. Prezydium NRL, podkreślając, że zagraża to bezpieczeństwu pacjentów i obniża standard udzielanych świadczeń zdrowotnych.

ŁAMANIE ZASAD?

Od początku pandemii rządowe pomysły i sposób wprowadzania ich w życie wzbudzają żywe dyskusje w środowisku lekarskim. Ostatnio rozgorzał kolejny spór, tym razem w związku z wprowadzeniem możliwości szczepienia się bez

wychodzenia z auta. – Punkty szczepień „drive-thru” to złamanie zasad bezpieczeństwa, to obecnie zbędne rozwiązanie na pokaz, rodem z thrilleru o pandemii. Szczepienie to nie wbić igły w „lewe ramię”, to procedura medyczna oparta na kontakcie profesjonalisty medycznego z pacjentem.

Nie fast-food! – uważa dr Paweł Grzesiowski, ekspert NRL ds. walki z COVID-19. Podobne zdanie wyraża sporo osób, obaw nie kryje zresztą część pacjentów, ale w tej sprawie trudno o jednomyślność, co można zaobserwować, śledząc dyskusje z udziałem lekarzy m.in. w mediach społecznościowych. – Jeśli chcemy porównywać punkt szczepień drive-thru do placówki fast-food to trzeba pamiętać, że ta ostatnia nie ma pełnić funkcji eleganckiej restauracji, ale zadowolić klienta, który nie ma czasu. Jeśli spełni zasady bezpieczeństwa, to spokojnie może działać jako punkt gastronomiczny – ocenia dr Marek Posobkiewicz, były GIS. Bez względu na uzasadnione obawy wokół funkcjonowania punktów typu drive-thru, nie należy zapominać, że pomysł nie zrodził się nad Wisłą. Działają one w krajach z opieką zdrowotną

Zapewne nigdy nie uda się policzyć rzeczywistych kosztów pandemii.

znacznie wyżej ocenianą od naszej i lepiej radzących sobie z pandemią, ale ich obecność raczej nie wpłynie znacząco na poziom wyszczerpienia.

PUNKTY SZCZEPIEŃ POWSZECHNYCH

Na tempo akcji szczepień w znacznie większym stopniu wpłynie utworzenie, docelowo w każdym powiecie, co do zasady minimum dwóch dużych punktów szczepień powszechnych. Zgodnie z rządowymi wytycznymi mają one powstać raczej poza siecią placówek medycznych, np. w domach kultury lub w formie namiotów. Ich minimalna wydajność ma wynosić 200 dawek dziennie, a w większych miastach, liczących powyżej 50 tys. mieszkańców – 500. Przykładowo w hali sportowej GUMed ma być szczepionych do 5 tys. osób dziennie, a miesięcznie – ponad 100 tys. Te liczby przemawiają do wyobraźni. Część lokalnych władz energicznie włączyła się w tworzenie punktów szczepień na stadionach, lodowiskach, w halach widowiskowo-sportowych czy na terenie szkół i uczelni. W Warszawie powstaną na stacjach metra. Wydaje się, że nieustannie rośnie zaangażowanie przyszłych medyków w walkę z COVID-19. Są cenną pomocą w szpitalach tradycyjnych i placówkach tymczasowych, gdzie m.in. pracują w charakterze asystentów lekarzy na oddziałach covidowych. – W punkcie szczepień, poza kwalifikacją i szczepieniem, pod nadzorem dyrekcji całą pracę wykonują studenci, począwszy od kierowania ruchem, przez rejestrację, weryfikację, obserwację pacjenta, po organizację i koordynowanie pracy – wylicza Joanna Śliwińska z GUMed, dodając, że na razie UCK w Gdańsku nie planuje angażować ich do kwalifikacji pacjentów do szczepienia przeciw COVID-19. Od niedawna w majestacie prawa mogą to robić studenci V i VI roku kierunku lekarskiego i III roku studiów I stopnia kierunku pielęgniarstwo, choć pod nadzorem i po uzyskaniu dokumentu potwierdzającego posiadanie takich umiejętności.

SUMA DRAMATÓW

Im dłużej COVID-19 zbiera śmiertelne żniwo, tym częściej pojawiają się opinie, że nie nastąpi powrót do przedpandemicznej rzeczywistości. Bez względu na to, czy w związku z szerzeniem się SARS-CoV-2 zmiany zaszły na tyle daleko, że „tamtego świata” już nie ma, pewne wydaje się coś innego – to, co wyłoni się po uporaniu się z koronawirusem, pozostaje wielką niewiadomą. Rachunek, jaki przyjdzie zapłacić za walkę z epidemią, nie będzie mały, choć zapewne nigdy nie uda się policzyć rzeczywistych kosztów: od problemów zdrowotnych, poprzez utracone możliwości i szanse indywidualne oraz zbiorowe, aż po kwestie gospodarcze. Nie można wykluczyć, że w nieodległym czasie Polska dołączy do państw z sześciocyfrową liczbą zgonów wywołanych COVID-19 i jego współistnieniem z innymi schorzeniami, choć jeszcze pół roku temu mało kto brał to pod uwagę. Rośnie liczba lekarzy, którzy odeszli na wieczny dyżur. Za każdą śmiercią kryją się ludzkie dramaty, nierzadko powiązane z komplikacją bytu materialnego rodziny zmarłego. Przybywa ozdrowieńców wymagających specjalistycznej opieki, bo nie każdy po wygranej z COVID-19 wraca do stanu sprzed choroby, a część wymaga rehabilitacji z uwagi na problemy wydolności zarówno fizycznej, jak i oddechowej. Wzrasta liczba pacjentów niecovidowych, którzy w związku z przedłużającą się pandemią mniej lub bardziej bezpośrednio odczuli na

Nikt nie przewidział

Nie milkną kontrowersje po tym, gdy okazało się, że pod względem liczby zgonów ubiegły rok był najbardziej tragicznym w Polsce od 1946 r. Przed wybuchem pandemii chyba nikt nie przewidywał tak czarnego scenariusza. W „Prognozie ludności na lata 2014-2050”, opublikowanej przez GUS kilka lat temu, zakładano, że dopiero w 2045 r. (tj. za ćwierć wieku, licząc od teraz) liczba zgonów wzrośnie do 452 tys., tymczasem w minionym roku zmarło aż 477 tys. osób. Nieprędko ustaną spory o to, w jak wielkim stopniu za wysoką śmiertelność bezpośrednio odpowiada nowa choroba zakaźna, a na ile winę należy przypisać zakłóconemu działaniu systemu ochrony zdrowia w obliczu zagrożenia koronawirusem. Pewne jest za to, że w IV kwartale 2020 r. śmiertelność w Polsce przewyższyła liczbę zgonów za cały 2019 r. To równie wymowne, co tragiczne.

własnym zdrowiu konsekwencje częściowego sparaliżowania dostępu do opieki zdrowotnej. – 70 proc. pacjentów za późno zgłasza się do onkologa. Boję się myśleć o tym, co będzie po pandemii – martwi się dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii. To wszystko wpłynie na naszą przyszłość, ona wykuwa się właśnie dziś.

PRZESTROGA NA PRZYSZŁOŚĆ

W najnowszym raporcie wywiad USA wskazał na długofalowe skutki pandemii dla świata. Mówiąc w wielkim skrócie – pasmo niepowodzeń w starciu z COVID-19 pogłębiło społeczne pęknięcia na poziomie politycznym, kulturowym i gospodarczym, podkopało zaufanie do instytucji publicznych oraz zwiększyło nieufność do polityków i autorytetów. Jedni i drudzy stali się w opinii dużej części obywateli niezdolni do skutecznego działania w obliczu zagrożenia. W rezultacie COVID-19 spowodował wzrost podziałów w społeczeństwie, co ma się nasilać, a ten trend dodatkowo wzmocni obecność „baniak informacyjnych”. Decydują one – częściowo na własne życzenie, a częściowo zupełnie nieświadomie – o odcięciu wielu osób od faktów i opinii stojących w sprzeczności z ich punktem widzenia. Trudno powiedzieć, na ile te przewidywania okażą się trafne w dłuższej perspektywie, ale biorąc pod uwagę skalę dezinformacji, półprawd i plotek towarzyszących pandemii, środowisko medyczne nie powinno ignorować zjawiska, na które zwrócili uwagę Amerykanie. Jeśli zabraknie dyskusji opierającej się o rzeczowe argumenty, ciężko będzie skłonić decydentów – rządzących obecnie, jak i tych, którzy ster władzy obejmą dopiero w przyszłości – do podjęcia zakrojonych na szeroką skalę działań naprawczych w systemie ochrony zdrowia powiązanych ze znaczącym wzrostem poziomu jego finansowania. Bez podniesienia na wyższy poziom edukacji zdrowotnej i w obliczu atmosfery braku zaufania, środowisku lekarskiemu trudno będzie o dialog z politykami i resztą społeczeństwa. Stawką jest faktyczne usprawnienie systemu na miarę zwiększających się potrzeb i aspiracji, w tym m.in. wzmocnienie zaplecza kadrowego w myśl zasady, że to ludzie leczą, a nie sprzęt. I nie chodzi tylko o wzrost liczby lekarzy. ■

OPINIE

Jak długo jeszcze?

Mijają kolejne tygodnie walki z COVID-19. Czas upływa, a wątpliwości związane z tym, jak długo potrwa pandemia i w jakim stopniu jej skalę ograniczą szczepienia, pozostają. Lekarze są coraz bardziej zmęczeni.



Emilia Skirmuntt
wirusolog ewolucyjny
z Uniwersytetu Oksfordzkiego

To nie pierwsza pandemia na świecie. Każda z nich miała swój początek, środek i koniec. Niestety media nakręcają emocje w taki sposób, że jej końca w ogóle nie widać, przez co niektórym wydaje się, że obecna pandemia trwa już nie wiadomo jak długo.

Prawda jest jednak taka, że z COVID-19 zmagamy się dopiero ponad rok. Wciąż poznajemy ten patogen, ale już trwają szczepienia na masową skalę. Jesteśmy raczej bliżej środka obecnej pandemii niż na początku. Pandemia grypy hiszpanki trwała od 1918 do 1920 r.

Nie było szczepionek, ludzie nie do końca rozumieli, czym są wirusy, nie było jeszcze mikroskopów elektro-
nowych, więc nie dało się zobaczyć, co patogeny wła-
ściwie powodują w organizmie. Istnieje prawdopo-
dobieństwo, że SARS-CoV-2 pozostanie z nami już na

**Jesteśmy raczej
bliżej środka obecnej
pandemii niż
na początku.**

zawsze. Praktycznie ciągle obecne są wśród nas cztery
koronawirusy ludzkie wywołujące lekkie przeziębie-
nia. Sezonowo wywołują one znacznie większą liczbę
zachorowań. Ale od lat jest z nami też obecna zwykła
sezonowa grypa, chociaż nawet ona może wywołać

pandemii, czego doświadczyliśmy w 2009 r. Jednak wirus grypy nie ma wiele wspólnego z koronawirusami. On mutuje znacznie szybciej i zachodzi w nim wiele procesów, które sprawiają, że trudniej przewidzieć, jak zachowa się wśród populacji. Wprawdzie SARS-CoV-2 może pozostać z nami tak jak wirusy wywołujące przeziębienie, ale niewykluczone, że akcja masowych szczepień przyczyni się do tego, że przestanie być groźnym dla świata patogenem. Możliwe, że szczepienia przeciwko COVID-19 trzeba będzie powtarzać co jakiś czas, ale istnieje też szansa, że nie co roku, lecz raz na kilka lat, albo szczepienie będzie zalecane tylko grupom najbardziej podatnym na zakażenie. Przykład Wielkiej Brytanii wskazuje, że obostrzenia należy wprowadzać jak najszybciej, nie czekając, aż nastąpi bardzo wysoki wzrost zachorowań. ■



Bogumił Kurowski
dyrektor szpitala
w Nowym Mieście Lubawskim

Małe szpitale dotknięte są przede wszystkim przez dwa potężne problemy: niedobór kadr, zwłaszcza lekarzy specjalistów, i brak pieniędzy. Stawki za godzinę pracy w szpitalach powiatowych często są wyższe niż w placówkach znajdujących się w miastach wojewódzkich, a wyceny procedur nieadekwatne do ponoszonych wydatków.

Od kilku miesięcy współpracujemy z NFZ i służbami wojewody, zabezpieczając bazę łóżkową i respiratorową dla mieszkańców naszego regionu. W listopadzie najpierw zostaliśmy zobowiązani przez wojewodę do przekształcenia 20 proc. ogólnej

puli łóżek, jakimi dysponujemy, tylko dla pacjentów covidowych. W lutym nakazano nam je likwidować, po czym na początku marca ponownie trafiła do nas decyzja, że mamy hospitalizować pacjentów z COVID-19. Nasz oddział covidowy cieszy się dobrą opinią, co nie znaczy, że wszystkim pacjentom udało się pomóc. Od połowy listopada do połowy lutego na

**Brak środków
odbija się na całej
działalności
szpitala.**

oddziale było 89 pacjentów, w tym 14 osób zmarło, ale trzeba dodać, że część chorych trafiła z oddziałów paliatywnych i nie miała dobrych rokowań. Wojewoda przydzielał nam tylko sporadyczne wsparcie ze strony lekarzy i pielęgniarek. W związku z tym, że

nasza placówka należy do II poziomu zabezpieczenia covidowego, nie możemy leczyć pacjentów tak, jak robiliśmy to przed pandemią. Gdyby oddział covidowy był zamknięty, kadra mogłaby powrócić na oddziały: wewnętrzny, ginekologiczno-położniczy, pediatryczny czy chirurgiczny, a poza tym znacznie łatwiej można by organizować pracę w całej placówce. Coraz wyraźniej widać, że działalność z tytułu opieki nad pacjentami z COVID-19 okazała się dla nas nieopłacalna. Od połowy listopada do początku lutego zanotowaliśmy ponad 200 tys. zł straty. Ponadto w celu dostosowania obserwacyjnej izby przyjęć i oddziału dla potrzeb przyjmowania pacjentów podejrzanych i chorych na COVID-19 ponieśliśmy nakłady w wysokości ponad 160 tys. zł. Ktoś może powiedzieć, że w dobie pandemii, ratując zdrowie i życie, nie powinno się w ogóle patrzeć na pieniądze, ale przecież ja jako dyrektor z tym problemem pozostanę, podobnie jak właściciel – powiat nowomiejski. ■



dr **Marek Posobkiewicz**
były Główny Inspektor Sanitarny

Rok temu nikt nie był przygotowany na to, że wirus SARS-CoV-2 tak szybko rozprzestrzeni się na całym świecie oraz mimo stosunkowo niewielkiej śmiertelności, ale dużej zaraźliwości spowoduje kilka milionów zgonów.

Obecnie przez wiele krajów, w tym Polskę, nie tyle przechodzi kolejna fala pandemii, co tsunami COVID-19. Mamy do czynienia z nieustannym napływem ogromnej liczby

chorych, ale na szczęście udaje nam się uchronić przed sytuacją, w której pacjenci masowo zaczęliby umierać w domu, pozbawieni opieki. Niestety od wielu miesięcy mamy do czynienia z licznymi ofiarami pandemii także wśród osób niezakażonych. Bardzo duża część sił i środ-

Wszyscy musimy to jakoś przetrwać.

ków jest skoncentrowana na walce z koronawirusem, co negatywnie odbija się na diagnostyce chorób nowotworowych czy szybkości reagowania w przypadku udarów mózgu, gdzie czas decyduje o ciężkim uszczerbku na

zdrowiu albo nawet śmierci. W czasie pandemii u części medyków może szybciej dochodzić do frustracji czy wypalenia zawodowego. Na ulicy nie widać tego, co dzieje się na oddziałach, gdzie często umierają młodzi pacjenci. Przed pojawieniem się COVID-19 wielu lekarzy w ogóle nie spotykało się z takimi sytuacjami w swojej pracy. Od początku pandemii żyję z przeświadczeniem, że z każdym kolejnym dniem jesteśmy coraz bliżej jej końca. Na szczęście obudziło się w tym czasie wiele serc, czego przejawem była m.in. samopomoc sąsiedzka, opieka nad osobami, które potrzebują pomocy, szycie maseczek i dostarczanie posiłków dla medyków. Obserwowanie i doświadczanie tego, że społeczeństwo pomaga, jest bardzo ważne. ■



dr **Małgorzata Gałązka-Sobotka**
wiceprzewodnicząca Rady NFZ

Od kilkunastu miesięcy wiele problemów zdrowotnych jest przykrytych przez strach i lęk spowodowany koronawirusem oraz nie-możliwość zaradzenia tym problemom z powodu ograniczonego dostępu do leczenia.

Przed epidemią nie byliśmy w stanie sprostać wielu wyzwaniom, a po jej wybuchu potrzeby zdrowotne – zarówno te wywołane COVID-19, jak i te związane z innymi schorzeniami – wzrosły.

Dług zdrowotny ciągle rośnie, a w przyszłym roku naszym komornik zacznie pukać do naszych drzwi, domagając się zapłaty. Bardzo cieszy uruchomienie programu rehabilitacji pocovidowej, ale on nie

Dług zdrowotny ciągle rośnie.

rozwiąże wszystkich potrzeb ozdrowieńców. Dla wielu pacjentów odległe skutki zdrowotne będą dotyczyły nie tylko mniejszej sprawności układu oddechowego, ale również gorszego funkcjonowania systemu nerwowego, a przede wszystkim zdrowia

psychicznego. Coraz więcej specjalistów zwraca uwagę na następstwa COVID-19 w postaci spadku zdolności do koncentracji i zaburzeń pamięci krótkotrwałej, tak potrzebnej zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym. U niektórych ozdrowieńców obserwuje się też zjawisko zespołu szoku pourazowego. To wszystko oznacza, że w kolejnych latach trzeba będzie liczyć się ze wzrostem kosztów związanym nie tylko z absenteizmem, ale także prezenteizmem, czyli utratą zdolności do efektywnego wykonywania pracy w czasie aktywności zawodowej. Nie powinniśmy tracić z oczu sytuacji pacjentów niecovidowych, którzy w czasie pandemii nie otrzymują na czas niezbędnej pomocy i opieki, czego negatywne konsekwencje obserwuje się już m.in. w onkologii i kardiologii. ■



dr **Roman Kolek**
były wicemarszałek woj. opolskiego

Przy zarządzaniu kryzysem wywołanym pandemią administracji rządowej są potrzebne samorządy, bo zdrowie jest wypadkową zaangażowania wielu ludzi.

Jednak deklaracje, że trzeba podjąć wspólną walkę z COVID-19 ponad podziałami politycznymi, nie do końca mają poparcie w czynach. Z jednej strony współpraca między rządem i samorządami od

początku jest zabarwiona konfliktem politycznym. Z drugiej – w czasie posiedzeń Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego udaje się przeło-

W przyszłości pandemie mogą się powtarzać.

żyć lokalny punkt widzenia na decyzje administracji centralnej. Spotkania jej przedstawicieli z samorządem terytorialnym również wnoszą wiele zmian do planowanych działań rządu, jak to ma miejsce m.in. w przypadku akcji szczepień. Współpraca z wojewodami układu się różnie. Na Opolszczyźnie

poprzedni wojewoda na początku był otwarty na dialog, ale z biegiem czasu to się zmieniło, przez co dochodziło do konfliktowych sytuacji, a bez współpracy trudno osiągnąć zamierzony efekt. W przyszłości pandemie mogą się powtarzać. Powinniśmy być na to przygotowani, tworząc odpowiednie warunki do walki z potencjalnym zagrożeniem. Dobra organizacja to jedno, ale być może potrzebne są również zachęty dla lekarzy, aby chcieli kształcić się w dziedzinie chorób zakaźnych. Z sytuacji, w której znaleźliśmy się rok temu, trzeba wyciągnąć wnioski, że muszą istnieć obszary wynagradzane za gotowość, bo z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego nie sprawdziło się finansowanie oddziałów zakaźnych za wykonane procedury. ■

Sprzęt medyczny dla pracownika – bez podatku

Pracodawcy, którzy wobec swoich pracowników podejmują działania ograniczające ryzyko zachorowania na COVID-19 i łagodzące objawy tej choroby poprzez umożliwienie korzystania z zakupionych przez siebie koncentratorów tlenu czy pulsoksymetrów, nie mają obowiązku obliczania i pobierania zaliczek na podatek od wartości takich świadczeń. Dla pracowników świadczenia takie mają charakter nieodpłatny i nie są przychodem, o którym mowa w art. 12 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Do takich wniosków doszedł Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej¹ w jednej z interpretacji wydanych w tym roku. Podmiot gospodarczy, który zadał pytanie skarbowce, zakupił taki sprzęt medyczny – jak to określił w zapytaniu – w celu monitorowania i łagodzenia przebiegu choroby COVID-19 powodowanej przez wirusa SARS-CoV-2 wśród pracowników, a także członków ich rodzin.

We wniosku o wydanie interpretacji indywidualnej wskazano, że

poprzez zakup powyższego sprzętu, pracodawca zamierza ograniczyć ryzyko zachorowania na COVID-19 wśród pracowników oraz dać możliwość skutecznego zwalczania objawów choroby. Dzięki takim sprzętom pracownicy mają możliwość szybszego powrotu do zdrowia, a co za tym idzie, do pracy. Ponadto w okresie pandemii zarząd firmy z ich wykorzystaniem chce utrzymać odpowiednią kondycję psychiczną pracowników, kreując w ten sposób pozytywne działania – budujące i motywujące.

W wydanej interpretacji Dyrektor KIS przypomniał, że nieodpłatnym świadczeniem na gruncie podatku dochodowego jest co do zasady każde zdarzenie prawne i zjawisko gospodarcze, którego następstwem jest uzyskanie korzyści kosztem innego podmiotu, lub też wszystkie zdarzenia prawne i gospodarcze, których skutkiem jest nieodpłatne (tj. niezwiązane z kosztami lub inną formą ekwiwalentu) przysporzenie majątku danej osobie, mające konkretny wymiar

finansowy. Przysporzenie to może polegać na zwiększeniu majątku (aktywów) bądź uniknięciu jego pomniejszenia (zaoszczędzeniu wydatków). Te reguły odnoszą się również do przychodów pracowniczych.

Dyrektor KIS odwołał się do objaśnień podatkowych² w sprawie nowych preferencji stosowanych w związku z ponoszeniem negatywnych konsekwencji ekonomicznych z powodu COVID-19. Wskazuje się w nich, że w kwestii powstawania przychodu z nieodpłatnych świadczeń należy odwoływać się do wyroku TK z dnia 8 lipca 2014 r., sygn. K 7/13, z którego wynika, że aby dane świadczenie mogło być uznane za przychód pracownika, musi ono m.in. być spełnione w jego interesie. W tym kontekście udostępnianie pracownikom koncentratorów tlenu oraz pulsoksymetrów nie następuje w interesie pracownika, a w interesie pracodawcy, a w konsekwencji nie generuje przychodów pracowniczych w podatku dochodowym od osób fizycznych. ■

Karty parkingowe dla niepełnosprawnych w czasie epidemii

Z przyczyn związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 tzw. specustawa koronawirusowa¹ wprowadziła szereg wyłomów w stosunku do istniejących wcześniej obowiązków.

W związku z zachowaniem ważności określonych orzeczeń o niepełnosprawności albo orzeczeń o stopniu

niepełnosprawności, również karty parkingowe wydane dla osób niepełnosprawnych – na mocy art. 15h specustawy – zachowują ważność do 60. dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, nie dłużej jednak niż do dnia wydania nowego

orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. ■

¹ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (tj. Dz. U. poz. 1842 z późn. zm.).

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Czy tylko jeden winny?

Do renomowanej kliniki została przekazana z innego szpitala młoda kobieta z nawracającym, ostrym zapaleniem trzustki o ciężkim przebiegu. Kierownik kliniki wykonał zabieg, w trakcie którego usunięto chorej pęcherzyk żółciowy i śledzionę, oraz zaopatrzono perforację poprzecznicy.

Po kilku dniach po ponownej laparotomii zaopatrzono czterocentymetrową perforację żołądka, a po następnych kilku dniach zdrenowano ropień podprzeponowy. Mimo utrzymującej się gorączki, chorą po trzeciej operacji przekazano transportem własnym, ze względu na płyn w lewej jamie opłucnowej, do odległego oddziału chorób płuc, gdzie w drugiej dobie w badaniu tomograficznym wykazano ropnie w jamie brzusznej i ropniaki opłucnej. Skierowana ponownie wróciła do kliniki, gdzie wykonano czwarty już zabieg dekortykacji płuca lewego i ewakuacji ropni jamy brzusznej, niestety po tym zabiegu chora nagle zmarła.

Rodzina zaskarżyła do okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej kierownika kliniki, będącego także dyrektorem szpitala, i lekarza prowadzącego

o to, że przedwczesny wypis chorej, bez poprzedzającej, a potrzebnej diagnostyki klinicznej, mimo objawów sugerujących dalsze powikłania, przyczynił się do jej śmierci, a w całym postępowaniu popełniono wiele błędów. Zarówno OROZ, jak i okręgowy sąd lekarski, posiłkując się nie do końca zgodnymi opiniami biegłych, uznali za jedynie winnego najmłodszego lekarza. Do Naczelnego Sądu Lekarskiego sprawa trafiła tuż przed terminem przedawnienia – NSL mógł tylko złagodzić wyrok. ■

Art. 53 KEL:

Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych.

KOMENTARZ



Jacek Miarka
przewodniczący NSL

Sąd lekarski, co do zasady, może orzekać tylko w ramach postawionego zarzutu.

Niestety, sprawy trafiają do nas bardzo często tuż przed upływem terminu przedawnienia, co wyklucza możliwości jakiegokolwiek zwrócenia uwagi na potrzebę rozszerzenia postępowania. Skrupulatna analiza materiału dowodowego tej sprawy prowadzi do wniosku, że obwiniony najmłodszy lekarz nie był jedynym winnym w tej sprawie, a wina dwóch jego przełożonych była co najmniej taka sama.

Jako lekarze rozumiemy, że każdy zabieg operacyjny jest obarczony możliwością powikłań, w tym źle rokujących. Natomiast trudno nam się pogodzić z sytuacją, w której w takim przypadku obciąża się odpowiedzialnością tylko najmłodszego lekarza, w istocie wykonawcę decyzji swoich przełożonych. ■

REKLAMA

Jakie ubezpieczenie wybrać?

W prawie każdej sprawie, w której pomagam lekarzom jako obrońca lub pełnomocnik, pojawia się wątek ubezpieczenia. Niestety bardzo często lekarze podchodzą do tej kwestii formalnie – prawo nakazuje mieć ubezpieczenie obowiązkowe¹, więc je mają.

Dr n. praw. **Radosław Tymiński** radca prawny zajmujący się obroną lekarzy w sprawach sądowych

Bardzo często lekarze nie zwracają jednak uwagi na wiele drobnych szczegółów w umowach ubezpieczeniowych, które odgrywają istotną rolę. Co więcej, znaczna część z nich bazuje na obecnych w środowisku medycznym mitach dotyczących ubezpieczenia. Poniżej postaram się rozwiązać kilka z nich.

Mit 1 – ubezpieczenia lekarzy są takie same, więc nie ma znaczenia, które wybiorę.

Nie są takie same. Oczywiście można mówić o pewnych prawidłowościach, jednakże każda firma ma swoje własne specyficzne ogólne warunki ubezpieczenia i ofertę. Warto je przejrzeć i porównać oferty różnych firm, aby wybrać te, które najbardziej nam odpowiadają. Przykładowo, niektóre firmy ubezpieczeniowe nie pokrywają szkód będących wynikiem „rażącego niedbalstwa”. Warto więc wybrać takiego ubezpieczyciela, który pokrywa szkody wyrządzone również z takiej przyczyny. Dlaczego? Ponieważ ustalenie, czy działanie lekarza było rażąco niedbałe, dokonuje się w toku procesu – jeżeli więc lekarz nie jest ubezpieczony od rażącego niedbalstwa, to przy zasądzeniu wyroku może się okazać, że musi pokryć szkodę z własnej kieszeni².

Mit 2 – ubezpieczenie obowiązkowe wystarczy do pokrycia roszczeń pacjentów.

Pokrywa ono roszczenia do kwoty 75 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia

oraz 350 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie praktyki lekarskiej³. Kwota ta nie jest jednak ustalana w oparciu o aktualne trendy orzecznicze, tylko wynika z przekonania

Na pokrycie niektórych roszczeń oczywiście kwota ubezpieczenia obowiązkowego będzie wystarczająca, jednakże w wielu sytuacjach będzie ona zbyt mała.

Ministra Finansów, że tyle wystarczy. Na pokrycie niektórych roszczeń oczywiście kwota ubezpieczenia obowiązkowego będzie wystarczająca, jednakże w wielu sytuacjach będzie ona zbyt mała. Z tego powodu rekomenduję każdemu lekarzowi, który nie pracuje na etacie, wykupienie ubezpieczenia dodatkowego w wysokości adekwatnej do ryzyka związanego ze specjalizacją, którą wykonuje⁴.

Mit 3 – sąd, przyznając odszkodowanie, bierze pod uwagę wysokość ubezpieczenia, które ma lekarz.

W toku procesu sąd często musi ustalić, jakie odszkodowanie jest odpowiednie

dla danego pacjenta. Na kwotę, która będzie ostatecznie wypłacona pacjentowi, składają się: odszkodowanie oraz zadośćuczynienie. Odszkodowanie jest ustalane w oparciu o koszty, które poniósł pacjent (a więc w oparciu o rachunki, faktury czy paragony), zaś zadośćuczynienie jest wymierzone w oparciu o tzw. uznanie sędziowskie, czyli wynosi tyle, ile sąd uważa za stosowne. Z tego powodu w orzecznictwie wyróżnia się kilkanaście kryteriów wysokości zadośćuczynienia, w tym m.in. rozmiar uszczerbku, który poniósł pacjent w wyniku błędu medycznego; trwałość następstw uszczerbku; czas trwania dolegliwości wywołanych uszczerbkiem; wiek pacjenta; możliwość powrotu pacjenta do normalnego funkcjonowania; stopień winy lekarza; przyczynienie się pacjenta do uszczerbku. Tym samym sąd w ogóle nie patrzy na wysokość ubezpieczenia, które ma lekarz, tylko na rozmiar i charakter szkody, której doznał pacjent w wyniku działania albo zaniechania lekarza.

Podsumowując, uważam, że wybór odpowiedniego ubezpieczenia to dla lekarza niezwykle ważna sprawa. Dzięki dobremu ubezpieczeniu można spać, nie martwiąc się o kwestie finansowe. W razie wątpliwości zawsze można skonsultować się z prawnikiem, jakie ubezpieczenie byłoby najbardziej optymalne w przypadku danego lekarza. ■

¹ Zob. art. 25 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.).

² Tak np. zdarzyło się w sprawie pewnego anestezjologa, który z własnej kieszeni musiał zapłacić 150 tys. zł (wyrok SA w Katowicach z 23 czerwca 2017 r., sygn. akt I ACa 181/17).

³ § 3 ust. 1 pkt 3-4 rozp. Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. ws. obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866).

⁴ Więcej na ten temat: <https://prawolekarzy.pl/artykuly/kto-re-spezjalizacje-beda-mialy-najwiekszy-potencjal-rozszcen-w-najblizszych-latach-344>

ODDELEGOWANIE DO ZWALCZANIA EPIDEMII

Jaka wysokość wynagrodzenia?

Mamy trzecią, a może już czwartą falę epidemii, a przy tym drugą falę decyzji wojewodów dotyczących skierowań lekarzy do pracy przy jej zwalczaniu. Podobnie jak nowe mutacje wirusów, pojawiają się kolejne problemy prawne związane z decyzjami kierującymi do pracy.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

Kłopoty spotykają lekarzy rezydentów i dotyczą wysokości proponowanych im wynagrodzeń. Zgodnie z art. 47 ust. 10 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osobie skierowanej do zwalczania epidemii przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 200 proc. przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w szpitalu, do którego została skierowana.

PENSJA DLA REZIDENTA

Wynagrodzenie lekarzy rezydentów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia wydawane na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zapewne wszystkie szpitale, do których rezydenci są kierowani, prowadzą szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury. Dlatego w moim przekonaniu wynagrodzenie rezydentów w miejscu, do którego zostali skierowani, powinno być ustalane w oparciu o określone przez Ministra Zdrowia stawki wynagrodzeń rezydentów i stanowić ich dwukrotność. Niestety zdarzają się próby ustalenia wynagrodzenia na podstawie przeciętnego wynagrodzenia lekarzy bez specjalizacji zatrudnionych w szpitalu, do którego skierowano rezydenta. Rezydenci formalnie nie są specjalistami, ale poziom ich kwalifikacji w trakcie szkolenia specjalizacyjnego nie pozwala na zrównanie ich z lekarzami, którzy takiego szkolenia nie odbyli. Do tego w miejscu skierowania rezydenci

wyłącznie udzielają świadczeń zdrowotnych i nie realizują programu specjalizacji, czyli czas ich pracy jest efektywniejszy dla pracodawcy.

Dodatki covidowe powinny być uwzględniane przy wyliczeniu wynagrodzenia w miejscu skierowania.

KWESTIA DODATKU COVIDOWEGO

Kolejny problem wiąże się z dalszą częścią przepisu art. 47 ust. 10 omawianej ustawy. Stanowi on, że wynagrodzenie w miejscu, do którego lekarz został skierowany, nie może być niższe niż wynagrodzenie lub uposażenie zasadnicze wraz z dodatkami do uposażenia o charakterze stałym w miesiącu poprzedzającym skierowanie. Wielu lekarzy otrzymuje w swoich podstawowych miejscach pracy tzw. dodatki covidowe, przewidziane poleceniem Ministra Zdrowia wydanym 4 września 2020 r. prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia (zmienionym 30 września 2020 r. i 1 listopada 2020 r.). Czy wobec tego należy je uwzględniać przy porównywaniu wynagrodzenia w podstawowym miejscu pracy i w miejscu, do którego skierowano lekarza?

Do tego przepis stosuje się też dwoma pojęciami – uposażenia i wynagrodzenia, różnicując sytuację osób je otrzymujących. Przepisy prawa o uposażeniu mówią w przypadkach zatrudnienia na

innej podstawie niż umowa o pracę, np. w przypadku żołnierzy, funkcjonariuszy służb mundurowych, posłów, senatorów. Wynagrodzenie związane jest ze stosunkiem pracy. Brzmienie przepisu sugeruje, że tylko w przypadku uposażenia dolicza się do niego dodatki o charakterze stałym.

Dodatki covidowe nie są wyłączone przy ustaleniu wynagrodzenia urlopowego. Wliczane są też do podstawy wymiaru zasiłków z ubezpieczenia społecznego. Powinny być wobec tego uwzględniane przy wyliczeniu wynagrodzenia w miejscu skierowania.

CO Z UMOWĄ?

Z podmiotem, do którego skierowano lekarza do pracy przy zwalczaniu epidemii, zawierana jest umowa o pracę. Co w sytuacji, gdy określone w niej wynagrodzenie nie odpowiada przepisom ustawy? Można odmówić podpisania takiej umowy, deklarując przy tym na piśmie gotowość do świadczenia pracy i wykonywania decyzji wojewody. Decyzja ta i przepisy ustawy wyłączają swobodę stron tego stosunku prawnego i określają istotne jego warunki. Umowa tylko ma potwierdzać stan wykreowany decyzją wojewody. Jeśli natomiast umowa taka została podpisana, to nie wyklucza to dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, bo zgodnie z art. 84 Kodeksu pracy pracownik nie może zrzec się prawa do wynagrodzenia. Umówienie się na wynagrodzenie niższe niż określają przepisy należałoby potraktować właśnie jako zrzeczenie się wynagrodzenia, a to byłoby nieważne z mocy prawa. ■

Zastosowanie krwi pępowinowej w MPD i ASD

Jedną z metod mogących mieć zastosowanie w terapii mózgowego porażenia dziecięcego oraz autyzmu jest zastosowanie autologicznej krwi pępowinowej.

Dr hab. n. med. **Magdalena Chrościńska-Krawczyk**

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) stanowi najczęściej występujące zaburzenie funkcji motorycznych u dzieci. Jest heterogenną grupą zaburzeń ruchu i postawy, spowodowanych niepostępującym uszkodzeniem rozwijającego się mózgu płodu lub niemowlęcia. Częstość występowania tego zaburzenia wynosi 2-3/1000 żywych urodzeń. Do rozwoju MPD mogą doprowadzić czynniki przedporodowe, okołoporodowe oraz poporodowe. Podstawową metodą leczenia w przebiegu MPD jest rehabilitacja oraz farmakoterapia zaburzeń towarzyszących.

Autyzm (ASD) jest schorzeniem charakteryzującym się opóźnieniem lub nieprawidłowościami w zakresie rozwoju relacji społecznych, zachowania, komunikacji oraz funkcji poznawczych. Postępowanie terapeutyczne w autyzmie obejmuje terapię behawioralną, zajęciową, logopedyczną oraz wsparcie edukacyjne i zawodowe. Pomimo prowadzonych na szeroką skalę badań dotychczas nie udało się ustalić etiopatogenezy autyzmu.

Jedną z metod mogących mieć zastosowanie w terapii dzieci z MPD oraz z autyzmem jest zastosowanie autologicznej krwi pępowinowej (KP). KP jest unikalnym materiałem biologicznym, który może zostać pozyskany tylko w dniu porodu w sposób nieinwazyjny dla matki i dziecka. Zawiera ona komórki progenitorowe mogące

dać początek wielu różnym liniom komórkowym, a także cytokiny przeciwzapalne (m.in. antagonistę receptora IL-1 oraz IL-10) i w mniejszym stopniu prozapalne, takie jak INF- γ czy IL-2, które są związane z silną odpowiedzią immunologiczną. Komórki KP wydzielają także czynniki immunomodulacyjne i neurotropowe, które mogą przyczynić się do procesów naprawy ośrodkowego układu nerwowego.

Skuteczność KP w leczeniu MPD oraz autyzmu została sprawdzona na modelach zwierzęcych oraz w badaniach klinicznych. Papadopoulos i wsp.¹ opublikowali doniesienie o obiecujących efektach klinicznych i bezpieczeństwie podaży autologicznej KP wraz z iniekcjami małych dawek czynnika wzrostu granulocytów u dwójki dzieci z rozpoznaniem MPD. W innym badaniu² leczono większą liczbę dzieci, autologiczną krew pępowinową podawano dożylnie 20 pacjentom z rozpoznaniem MPD. Oceniono, że u 14 z 20 pacjentów nastąpiło polepszenie, natomiast u 5 była to poprawa znacząco większa niż można by oczekiwać po standardowej opiece nad pacjentami z MPD. Wykonano także badanie MRI-TDI oraz tomografię emisyjną pojedynczych fotonów (SPECT), których wyniki w części zdawały się korelować z poprawą kliniczną.

Zespół prof. Kurtzberg z Duke University podał do wiadomości pierwsze wyniki leczenia MPD autologiczną KP uzyskane z randomizowanego badania klinicznego w układzie naprzemiennym z podwójnie

ślepią próbą. W badaniu wzięło udział 63 pacjentów. Wyniki badań potwierdziły skuteczność terapii u pacjentów, którzy otrzymali własną KP w porównaniu do grupy kontrolnej³. Inne doniesienia opisują możliwości terapeutyczne KP w ASD. Liu i wsp.⁴ przeprowadzili badanie na grupie 37 pacjentów, z których 14 stanowiło grupę kontrolną, a pozostałych 23 podzielono na 2 grupy. Jedna z grup otrzymywała komórki mononuklearne z KP [n=14], a druga [n=9] terapię łączoną, czyli komórki mononuklearne z KP i komórki mezenchymalne pozyskane ze sznura pępowiny. Wszyscy pacjenci byli też poddawani rehabilitacji. Uzyskane wyniki wskazują na bezpieczeństwo i skuteczność tego typu terapii. Dawson i współautorzy przeprowadzili otwarte badanie kliniczne fazy I z pojedynczą dożylną infuzją własnej KP u 25 dzieci z ASD. Stwierdzono, że większość istotnych postępów w zachowaniu wystąpiła podczas pierwszych 6 miesięcy po interwencji i utrzymywała się między 6. a 12. miesiącem po podaniu wlewu⁵.

Na podstawie tych doniesień FDA wydało zgodę dla Uniwersytetu Duke na podawanie autologicznej krwi w MPD oraz w autyzmie w ramach tzw. rozszerzonego dostępu. Mogą z niej skorzystać pacjenci posiadający zbankowaną krew pępowinową w rodzinie. Analogiczny projekt uruchomił Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie wraz z Polskim Bankiem Komórek Macierzystych. Do tej pory skorzystało z niej kilkanaścioro dzieci. ■

Piśmiennictwo:

¹ Papadopoulos K.I. i wsp., „Restor Neurol Neurosci”, 2011

² Bae S.H. i wsp., „Int J Stem Cells”, 2012

³ Sun J.M. i wsp., „Stem Cells Transl Med”, 2017

⁴ Liu Q. i wsp., „World J Stem Cells”, 2019

⁵ Dawson G. i wsp., „Stem Cells Transl Med”, 2017

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



Błękitna kropelka

W czasie pandemii koronawirusa cała służba zdrowia pracuje szczególnie intensywnie. Lekarze dzień i noc leczą chorych, szczepią, dyżurują, pomagają i ratują, często na granicy wyczerpania i kosztem własnego zdrowia. Niektórzy z nich mają wpiętą w klapę małą, błękitną kropelkę.

Jest to znak, że zostali uhonorowani najwyższym odznaczeniem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – medalem Gloria Medicinæ. Medal ten otrzymuje tylko dziesięciu polskich lekarzy rocznie, a przyznaje go spośród wielu osób zgłaszanych 40-osobowa Kapituła składająca się z uznanych autorytetów lekarskich. Jest to odznaczenie przyznawane przez lekarzy – dla lekarzy. Damy i kawalerowie uhonorowani medalem Gloria Medicinæ są przykładem, że *ich życie to ofiarna służba ludziom, to stale przejawiany najwyższy szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego, to sumienne i etyczne wykonywanie sztuki leczenia oraz podtrzymywanie najszlachetniejszych wartości.*

Wśród oznaczonych są tak wybitni profesorowie, jak Zbigniew Religa czy Henryk Skarżyński, lecz w większości są to cisi bohaterowie stałej walki z chorobą. Pamiętam, gdy honorowano lekarkę, która przybyła z Indii, gdzie prowadzi ośrodek dla kilkuset chorych. Chodziła, używając dwóch kul, gdyż przebyła chorobę Heinego-Medina.

Od ponad 30 lat uczestniczę – zawsze z prawdziwym wzruszeniem – w honorowaniu na Zamku Królewskim w Warszawie tych dziesięciu „wybrańców Asklepiosa”. Patrząc z podziwem na lekarzy, którzy są prawdziwą Chwałą Medycyny, często wspominam mojego ojca, skromnego dentystę, który w dniu, gdy otrzymywałem dyplom lekarza, powiedział do mnie: „Nie musisz być wybitnym specjalistą czy uczonym. Bądź dobrym lekarzem, dobrym człowiekiem. I okazuj chorym serce”. Potrzebę łączenia wiedzy i serca lekarza podkreślał już wiek temu Rafał Czerwiakowski, mówiąc: „(...) chirurg winien starać się o uformowanie swojego serca i obyczajów, równie mu do tego jak same wiadomości potrzebnych. Potrzeba, więc, aby miał serce przeniknione miłością ludzi... Wtedy, jak pisał Seneka: ludzie będą płacić lekarzowi za wiedzę, za serce będą mu winni”.

Będąc lekarzem, czyli wykonując i zawód, i sztukę leczenia, i powołanie w służeniu innym, tylko swoją wiedzę możemy sprzedać, a serce podarować. Zgodnie z hinduską maksymą: „gdy nie możesz zostać królem, zostań lekarzem”, sztuka leczenia w połączeniu z darem serca będzie prawdziwie królewskim darem. Darem ofiarowanym przez każdego lekarza, nieustannie przez 12 miesięcy w roku, siedem dni w tygodniu i o każdej godzinie. Bo lekarzem zostaje się na zawsze. Od złożenia Przysięgi Hipokratesa, po kres życia.

Chociaż medal Gloria Medicinæ posiada oficjalnie tylko 320 lekarzy – to wszyscy, którzy z takim bezgranicznym poświęceniem walczą z koronawirusem, zasługują na błękitną, małą, lecz potężną kropelkę najwyższego uznania. ■

Jerzy Woy-Wojciechowski,
Kanclerz Kapituły Medalu Gloria Medicinæ

Nasze stomatologiczne „neverending story”



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL

Nie ma się co oszukiwać – losy i powodzenie negocjacji z NFZ stanowią pokaźną składową ostatecznej oceny kadencji samorządu w tej części, która dotyczy lekarzy dentyków. Wszystko powinno mieć jednak swoje dobrze zachowane proporcje.

Sprawa warunków kontraktowania jest bardzo ważna, niemniej pracą samorządu dla lekarzy dentyków spotyka często krytyka, że na zebraniach izbowych mówi się głównie o kontraktach. A tak przecież nie jest.

Przynajmniej w przypadku Komisji Stomatologicznej NRL, której pracami przyszło mi w tej kadencji kierować, tematyka kontraktów bynajmniej nie dominuje i nie „zawłaszcza” całokształtu prac. Z drugiej strony, często powielaną, błędną informacją jest wskazywanie, że w końcu umów z NFZ jest około 8 tys., a stomatologów w Polsce jest 38 tys. Owszem, umów jest owe 8 tys., ale z jedną umową bywa związanych kilku stomatologów, więc można przyjąć, że sprawy związane z wykonywaniem i rentownością kontraktów dotyczą połowy naszej grupy zawodowej. Spieranie się z wyborcami byłoby mało roztropne. Poza oczywistymi sprawami, jak walka o profil akademicki naszych studiów, lepszą ustawę o zawodach lekarskich, o powstanie jakiegoś spójnego systemu kształcenia podyplomowego, sprawy radiologii, EDM-u, racjonalnego kształtu nadzoru sanitarnego, sprawy separatorów i „całej reszty” (felieton ma limit objętości tekstu), ciśnienie wywierane przez anegdotyczną już mizerotę umów z NFZ spowodowało od samego początku nasze konkretne ruchy.

Relatywnie „sprawnie” poszło podniesienie wartości współczynnika świadczeń dla dzieci i młodzieży z 1,3 na 1,5, choć cały czas trzeba pamiętać, że wytyczony cel (wartość współczynnika 2,0) cały czas przed nami. Dostosowanie wyceny takiej np. już endodoncji (istotne wzrosty wycen) zajęło już rok z okładem. Mieliśmy akcję zbierania wniosków o zmianę warunków umowy (nowa wartość punktu), mieliśmy zbieranie podpisów pod petycją. Wszystko to sprawiło, że w sensie rozpoznawalności problemu, jakim jest brak dostatecznego finansowania publicznej stomatologii, przebiliśmy się do świadomości zarówno świata mediów, jak i specjalistów branży medycznej z tezą o niedofinansowaniu i niskich stawkach. Ale to za mało, jak widać, aby wywołać taką masę

krytyczną, która ruszy tę bryłę z posad. Na to wszystko nałożyła się pandemia. Po endodoncji przyszedł czas na procedury chirurgiczne i periodontologiczne, i nie tylko w dedykowanych im z nazwy kontraktach specjalistycznych, ale wszędzie tam, gdzie są wykonywane. Nie wiem, czy o negocjacjach w tej sprawie można by przysłówiowo „książki pisać”, ale sprawa ma swoje zaskakujące zwroty akcji. Felieton ten jest ostatnim tekstem dołączanym do bieżącego numeru, pisanym na gorąco, w dniu, kiedy toczyły się kolejne rozmowy w sprawie zaproponowanej przez NRL wyceny. Nie ma jednak ostatecznej decyzji co do losów tego etapu rozmów. 27 kwietnia nie przyniósł rozstrzygnięcia.

Po endodoncji przyszedł czas na procedury chirurgiczne i periodontologiczne, i nie tylko w dedykowanych im z nazwy kontraktach specjalistycznych, ale wszędzie tam, gdzie są wykonywane.

Śledźcie komunikaty na stronie www.nil.org.pl. Niemniej, z danych, jakie ujawnia publikowane niedawno Sprawozdanie NFZ za 2020 r. wyłania się ciekawy i wiele mówiący kontekst. Zaczynamy np. jako państwo wydawać na zabezpieczenie stomatologicznej pomocy doraźnej (53 tys. pacjentów) połowę wartości wydatków na cały zakres ogólnostomatologiczny (4 mln pacjentów).

Oczywiście nie jest to apel o likwidację pomocy doraźnej, ale o przywrócenie zdrowych proporcji. Wraz z całym czasem kontrowersyjną sprawą dentobusów jest takim wymownym świadectwem przypadkowości pewnych rozwiązań, gdy zapewne recepta jest ciągle boleśnie niezmienna: uczynić procedury opłacalnymi. To na pewno zadziało. Po aktualne wieści odsyłam tradycyjnie na stronę [www](http://www.nil.org.pl). ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

FDI: to jest stomatologiczna katastrofa



W marcu przedstawiciele FDI rozmawiali o negatywnym wpływie pandemii na zdrowie zębów i dziąseł, który obserwuje się w gabinetach stomatologicznych na całym świecie. – Nazwijmy to tym, czym jest – katastrofą dentystyczną – powiedział dr Gerhard Konrad Seeberger, prezydent FDI World Dental Federation. Światowa Organizacja Zdrowia poinformowała, że opieka stomatologiczna to

jeden z obszarów najbardziej dotkniętych pandemią COVID-19 – aż 77 proc. krajów zgłaszało częściowe lub całkowite zawieszenie leczenia. I tak było z przerwami niemal przez cały rok.

– Jedną z dramatycznych konsekwencji pandemii jest to, że problemy ze zdrowiem jamy ustnej, które nie były uważane za pilne podczas jej wybuchu, w rzeczywistości stały się naglące po

dwóch miesiącach oczekiwania na leczenie – podkreślała dr Maria Fernanda Atuesta Mondragon, prezes Kolumbijskiej Federacji Stomatologicznej. Problemy zazwyczaj obejmują zmiany próchnicowe i choroby dziąseł. Próchnica zębów, którą można było wyleczyć prostą odbudową, przeszła do stadium zapalenia przyzębia i ropni wierzchołka. – Obserwuję rosnący poziom próchnicy u nastolatków – mówił dr Nahawand Abdulrahman Thabet, lekarz dentysta z Egiptu, który praktykuje w Kairze, doradca ds. FDI. – Mój 15-letni pacjent przyznał, że od czasu zamknięcia szkoły więcej podjadał, siedząc w domu. Wyobrażam sobie, że w podobnej sytuacji są tysiące dzieci w jego wieku – zauważył.

Przed lekarzami dentystami jest ogromne wyzwanie. W wielu przypadkach w czasie pandemii pacjenci zapomnieli o profilaktyce. Teraz potrzebna jest medycyna naprawcza, dzięki której być może uda się uratować to, co zniszczył COVID-19. ■

Interpelacja i list w sprawie kar za rękę

22 kwietnia wiceprezes NRL Andrzej Cisko przesłał list do Cezarego Tomczyka, przewodniczącego KP Koalicji Obywatelskiej, w związku z interpelacją poselską nr 21956 dotyczącą działań kontrolnych w zakresie wypełniania obowiązków wskazanych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r., podpisaną przez pięcioro posłów KP KO: Tomasza Aniśko, Klaudię Jachirę, Franciszka Sterczewskiego, Małgorzatę Tracz, Urszulę Zielińską. Chodzi o kontrole i kary dotyczące wypełniania obowiązku wyposażenia gabinetów w separatory amalgamatu.

„Nikt nie ma zamiaru bojkotować unijnych przepisów. Nie bagatelizujemy ani nie relatywizujemy zagrożenia odpadami

ręki. Zwracamy jednak cały czas uwagę na to, iż jesteśmy dużym krajem i tak duża operacja przy braku krajowych producentów, przy niedostatecznym serwisie, małej bazie firm utylizujących odpady powstające w separatorach i dodatkowo zawiłościach administracyjnych może napotkać spore trudności w wieloletniej realizacji” – napisał Andrzej Cisko.

Jak podkreślił w liście, w sytuacji szczytu trzeciej fali epidemii, zamiast poszukiwania dróg rozwiązania problemu, podpisanie interpelacji domagającej się niezwłocznego nałożenia na tę grupę zawodową kar ma dodatkowy bolesny wymiar i jest dla środowiska lekarzy dentystów działaniem zaskakującym i niezrozumiałym. ■

Kasy online

W związku z ustawą o VAT, która weszła w życie 1 maja 2019 r., wybrane grupy podatników zostały zobowiązane do stosowania kas online. Obowiązek ten dotyczy również branży medycznej.

Od 1 lipca 2021 r. obowiązek posiadania kasy fiskalnej online mają wypełnić podatnicy świadczący usługi fryzjerskie, kosmetyczne, budowlane, prawnicze, w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz z branży fitness.

W ocenie Zespołu Radców Prawnych NIL z treści interpretacji Krajowej Informacji Skarbowej zawartej w piśmie Dyrektora KIP z 3 marca 2021 r. wynika, że przepis art. 145b ust. 1 pkt 3 lit. d ustawy o podatku od towarów i usług będzie miał zastosowanie wyłącznie do lekarzy udzielających usług w zakresie opieki medycznej w ramach praktyk zawodowych w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Natomiast podmiot zatrudniający ww. osoby – niezależnie od formy ich zatrudnienia – ma prawo prowadzić ewidencję sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii i nie będzie zobowiązany do wymiany aktualnie używanych kas rejestrujących na kasy fiskalne online.

STOMATOLOGIA – REZYDENTURY 2021



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

Specjalizacja to wymóg czasów

Malutko, zaledwie, tyle co nic – tak najczęściej komentuje się liczbę przyznawanych miejsc rezydentckich dla lekarzy dentystów. Dlaczego jest ich tak mało? Jak bardzo stomatologia potrzebuje specjalistów?

W ostatnich latach dokonął się tak znaczący rozwój technologii i badań we wszystkich dziedzinach, że dzisiaj trudno wyobrazić sobie lekarza tylko po studiach, bez specjalizacji. Ideałem byłoby, gdyby także wszyscy lekarze dentyści mogli zdobywać specjalizacje. Problemem jest jednak dostępność: niewiele miejsc akredytowanych, a przez to znikoma liczba rezydentur.

– Jeśli lekarz dentysta praktykuje poza ośrodkiem akademickim, ma bardzo ograniczoną możliwość zdobywania specjalizacji. Jednak to nie jest specyfika tylko naszego kraju. Trudności są w całej UE, gdzie często, jeśli ktoś chce robić specjalizację, musi pracować w systemie państwowym, na rynku prywatnym takiej możliwości nie ma.

WIOSNA 2021

W lutym Ministerstwo Zdrowia ogłosiło liczbę miejsc rezydentckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną szkolenie na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w marcu 2021 r. Spośród wszystkich 1959 rezydentur dla lekarzy dentystów przewidziano 34. Rok temu było ich 112.

Zgodnie z przepisami Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, liczbę miejsc szkoleniowych objętych rezydenturą określa Minister Zdrowia na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa,

zaś liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą określa wojewoda.

Jedną z podstawowych przesłanek umożliwiających szkolenia specjalistów jest spełnienie tzw. warunków akredytacyjnych określonych w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 19f ust. 2) przez jednostki ubiegające się o prowadzenie szkolenia. Wykaz jednostek, które uzyskały akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, jest publikowany na stronie internetowej

**Szkolenie
specjalizacyjne
weryfikuje skuteczność
nowych metod
i technologii.**

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. – Liczba miejsc w tych jednostkach na dzień 22 kwietnia br. wynosiła 310, ale liczba wolnych miejsc specjalizacyjnych uzależniona jest przecież od liczby osób, które zakończyły rozpoczęte wcześniej szkolenie specjalizacyjne – wyjaśnia prof. Mansur Rahnama-Hezavah, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, w przypadku której wiosną ubiegłego roku przyznano 23 miejsca, a w tym roku zaledwie 4. – Od 2014 r. uruchomiono modułowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego z chirurgii stomatologicznej, który trwa 4 lata, natomiast poprzedni, tzw. tryb dotychczasowy, trwał 5 lat, a więc czas specjalizacji uległ skróceniu. Ponieważ indywidualny czas szkolenia specjalizacyjnego może ulegać zmianie, np.

w związku z korzystaniem ze zwolnień lekarskich, urlopów macierzyńskich itp., liczba wolnych miejsc specjalizacyjnych, w tym rezydentckich, w każdej sesji nie jest stała. Fakt jej zmniejszenia w bieżącym roku nie powinien budzić niepokoju – mówi prof. Rahnama-Hezavah.

Właściwie w każdej dziedzinie stomatologii wiosną tego roku udostępniono mniej rezydentur. – Chętnych, aby się kształcić, nie brakuje. Jednak blisko 90 proc. miejsc, gdzie można odbywać specjalizację, jest w uniwersytetach medycznych. I tu pojawia się problem – zauważa prof. Teresa Sierpińska, konsultant krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej. W 2020 r. protetyce przyznano 22 miejsca, obecnie 7. – Trzeba też mieć na uwadze, że liczba dostępnych w danym roku miejsc rezydentckich zależy od tego, ile osób zakończy szkolenie specjalizacyjne. Ponieważ stomatologami są głównie kobiety, czasem to kształcenie się wydłuża – wyjaśnia.

W periodontologii nie przyznano ani jednego miejsca. – W ubiegłym roku takich uwolnionych miejsc było 7, zostały one zajęte przez nowych rezydentów. Niestety, nikt nie zakończył formalnie szkolenia, wobec tego nie zgłoszono, a robią to konsultanci wojewódzcy, zapotrzebowania na nowe, w związku z czym nie przydzielono żadnych rezydentur w sesji wiosennej tego roku. Z pewnością w sesji jesiennej będzie ich więcej, ponieważ Państwowy Egzamin Specjalizacyjny z periodontologii zdało już 18 lekarzy – tłumaczy prof. Renata Górka, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii. Być może należałoby zmienić system naboru i dokonywać go co kwartał, a nie jak jest

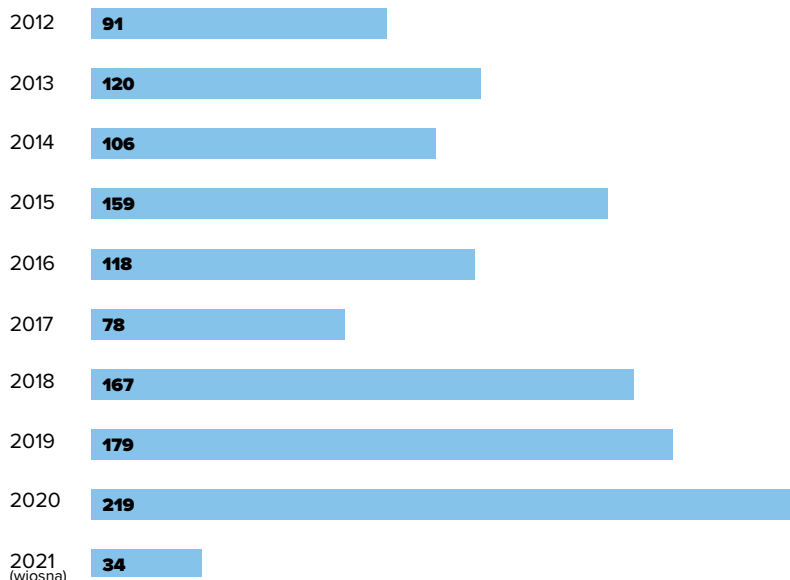
obecnie – co pół roku. Może zwiększyłoby to płynność naboru rezydentów, a proces kształcenia specjalistów uczyniło bardziej efektywnym czasowo.

WIĘCEJ JUŻ SIĘ NIE DA

Ponieważ w uczelniach jest określona liczba specjalistów, to nie ma możliwości zwiększenia liczby rezydentur z bardzo prostego powodu – nie ma wystarczającej liczby kierowników specjalizacji. A co dzieje się z tymi, którzy kończą specjalizację? – Rozpoczynają prywatną praktykę i nie są zainteresowani kształceniem młodszych kolegów. Jednostki uniwersyteckie wypełniły się już maksymalnie, a inni nie chcą prowadzić szkolenia specjalizacyjnego – komentuje prof. Sierpińska. Wyjaśnia, że kierownicy specjalizacji, pracownicy uniwersytetów medycznych, są opłacani jak dydaktycy i otrzymują niskie wynagrodzenia, często niższe niż pensja rezydenta. – Niestety, nie ma mowy, aby ich wynagrodzenia jako specjalistów osiągnęły poziom zagwarantowany ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia w ochronie zdrowia, ponieważ w świetle prawa funkcjonują jako nauczyciele akademicy. Dodatkowo nakłada się na nich kolejne obowiązki. Wszystko to sprawia, że coraz więcej osób decyduje się na odejście z uczelni. I koło się zamyka. Brakuje dydaktyków specjalistów, więc nie ma też miejsc rezydenckich – podsumowuje prof. Sierpińska.

Co prawda Ministerstwo Zdrowia ogłosiło, że kierownik specjalizacji będzie

Rezydentury w stomatologii



otrzymywał za opiekę nad lekarzem specjalizującym się wynagrodzenie 500 zł brutto miesięczne, za dwie osoby pod opieką – tysiąc złotych, co wydawało się dość atrakcyjną propozycją. Jednak kiedy przyszło do rozliczeń, okazało się, że jest nieco inaczej. – Lekarz specjalista dostaje za swojego podopiecznego np. 70 zł miesięcznie. Wszystko za sprawą interpretacji przepisów. Niektóre urzędy wojewódzkie, by naliczyć wynagrodzenie, wymagają rozliczenia faktycznej obecności specjalizanta pod opieką kierownika specjalizacji. Osoba specjalizująca się

musi udać się na staż, odbyć określone kursy, a takie dni nie są wliczane do rozliczenia miesięcznego. W takiej sytuacji kierownicy specjalizacji odmawiają prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego, które zawsze odbywa się w schemacie mistrz-uczeń – zauważa prof. Sierpińska. Efekt jest taki, że np. w województwach lubuskim i opolskim nie ma żadnego miejsca specjalizacyjnego z protetyki. Swego czasu podjęto próbę włączenia w proces szkolenia praktykujących tam lekarzy ze specjalizacją, ale finalnie nikt nie otworzył miejsca specjalizacyjnego

Specjalizacje stomatologiczne w Europie

Dr Anna Lella, periodontolog, w latach 2016-2019 prezydent Europejskiej Regionalnej Organizacji Światowej Federacji Dentystycznej ERO-FDI

Liczba specjalizacji stomatologicznych jest różna w różnych krajach UE (np. w Wielkiej Brytanii jest aż 13) i nie zawsze są one tak samo nazwane – w każdym kraju Unii jest trochę inaczej. Wciąż pokutuje też niestety myślenie, że lekarz dentysta jest lekarzem specjalistą do spraw całej stomatologii. Jeszcze do niedawna w wielu państwach w ogóle nie było specjalizacji dla stomatologów, lekarz dentysta był po prostu lekarzem specjalistą stomatologiem, który rozwijał się poprzez kształcenie ustawiczne. To zaczyna się

zmieniać. Na przykład w Hiszpanii, która przez wiele lat nie miała żadnych specjalizacji dla lekarzy dentyków, zaczęto je ostatnio wprowadzać. Kraje, w których do niedawna była jedynie chirurgia stomatologiczna i ortodoncja, zaczynają wdrażać kolejne, takie jak periodontologia i stomatologia dziecięca. Te cztery występują w systemach europejskich najczęściej. Mogą się one znaleźć również w systemie automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych w UE. W starych zapisach dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych wymieniona była tylko chirurgia stomatologiczna i ortodoncja, w tej znowelizowanej – m.in. na apel polskich delegatów, aby kwalifikacje stomatologów uznawano tak, jak się to robi w przypadku

– po prostu nie chciał. – A my nie możemy nikomu niczego narzucać w praktykach prywatnych – podsumowuje.

TRZEBA NADAŻAĆ

Być może specjaliści nie są tak bardzo potrzebni, może wystarczą studia na kierunku lekarsko-dentystycznym? – Stomatologia, podobnie jak cała medycyna, dynamicznie się rozwija, m.in. dzięki postępowi technicznemu oraz postępowi nauki. Następstwem tego rozwoju jest tworzenie specjalizacji. Szkolenie specjalizacyjne umożliwia rozszerzenie wiedzy i umiejętności wykraczające poza ramy szkolenia przeddyplomowego, których samodzielne nabycie przez lekarza byłoby niemożliwe – podkreśla prof. Rahnama-Hezavah. I dodaje, że dostęp do lekarzy specjalistów jest niezbędnym warunkiem do skutecznego i bezpiecznego leczenia zgodnego z najwyższymi, aktualnymi standardami wiedzy medycznej. Ponadto realizacja świadczeń specjalistycznych w zakresie stomatologii, tj. w zakresie chirurgii i periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji, stomatologii dziecięcej oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia wymaga zatrudnienia specjalistów z tych dziedzin. Jest to wymóg, który gwarantuje najwyższą jakość udzielanych świadczeń.

– Szkolenie specjalizacyjne jest w stomatologii niezbędne. Bardzo wielu lekarzy uczestniczy w prezentacji nowych metod i możliwości leczenia w ramach szkolenia ustawicznego. Przyjmują je



na zasadzie: „to jest interesujące, trzeba spróbować”. Szkolenie specjalizacyjne weryfikuje skuteczność tych nowych metod i technologii. Bez niego nie jesteśmy w stanie ocenić właściwie tego, co przynosi rynek, dlatego jest tak bardzo pomocne w codziennej praktyce – argumentuje prof. Sierpińska.

Również prof. Górka stoi na stanowisku, że we współczesnej stomatologii specjalizacje są niezbędne. – Wiedza stomatologiczna jest coraz obszerniejsza, sama periodontologia jest jej potężną częścią. Obejmuje choroby tkanek przyzębia, choroby błony śluzowej jamy ustnej, patologię wokół implantów,

nie mówiąc już o periodontal medicine, która w ostatnich latach bardzo się rozwinęła. Powiem więcej, nie wyobrażam sobie periodontologii bez nauczania tego przedmiotu nie tylko w szkoleniu przed- i podyplomowym, jak i we współpracy z lekarzami innych specjalności. Zapalenie przyzębia stanowi przecież nie tylko powikłanie miejscowe, ale jest także czynnikiem ryzyka wielu chorób, m.in. wpływa na rozwój chorób sercowo-naczyniowych, na przebieg i powikłania cukrzycy, choroby Alzheimera oraz COVID-19 – wylicza.

SPOŁECZEŃSTWO SIĘ STARZEJE

Prognozy demograficzne wskazują, że ludzie będą żyli dłużej i nastąpi wzrost odsetka osób w wieku senioralnym, a co za tym idzie, wzrośnie też zapotrzebowanie na specjalistyczne zabiegi stomatologiczne. – Wraz z rozwojem stomatologicznych metod profilaktyczno-terapeutycznych i wzrostem świadomości prozdrowotnej polskiej populacji obserwuje się wydłużenie funkcjonowania naturalnego uzębienia u osób starszych, nawet w formie uzębienia resztkowego. Skutkuje to nasileniem problemów stomatologicznych, w tym m.in. występowaniem próchnicy wtórnej, próchnicy korzenia, tzw. zużyciem zębów: atrycją, erozją i abrazją – wyjaśnia prof. Agnieszka Mielczarek, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją, w której liczba wiosennych miejsc rezydenckich zmalała z 28 przyznanych w ubiegłym roku do 8.

lekarzy – kolejne specjalizacje lekarsko-dentystyczne będą mogły być włączane w system automatycznego uznawania kwalifikacji, jeżeli będą w co najmniej dwóch piątych państw członkowskich, czyli w dwunastu. Zapisy tej nowelizacji już obowiązują, wszystko zależy teraz od tego, w ilu państwach wystąpią.

Stomatologia w opiece nad pacjentami tym różni się od innych dziedzin lekarskich, że w wielu krajach jest dużo skromniej lub wcale nie jest refundowana przez narodowe systemy ubezpieczeń, a to z kolei przekłada się na kształcenie lekarzy dentystów. W części państw obowiązują tzw. mastery, czyli studia podyplomowe dla lekarzy dentystów. One nie wpisują się jednak w to, co w dyrektywie nazwane zostało specjalizacją, chociażby

z tego powodu, że są zwykle dwuletnie, a „unijna” specjalizacja musi trwać co najmniej trzy lata. I choć lekarze dentyści kończący kursy masterskie, np. z periodontologii, nie spełniają wymogów dyrektywy unijnej, w swoim kraju funkcjonują jako specjaliści, często są członkami Europejskiej Federacji Periodontologicznej.

Życzyłabym sobie, aby w Polsce miejsc specjalizacyjnych było zdecydowanie więcej – żeby każdy, kto chce się rozwijać, miał taką możliwość. Specjaliści są potrzebni, nie tylko do leczenia pacjentów i wykonywania procedur na wysokim poziomie, ale również jako biegli, eksperci, konsultanci. Są potrzebni, żeby być w przyszłości nauczycielem kolejnych pokoleń. Jeśli emerytowani specjaliści odejdą, nie będzie kierowników specjalizacji.

– Przebieg chorób jamy ustnej modyfikowany jest współwystępowaniem chorób ogólnoustrojowych i wdrażaną w związku z tym farmakoterapią. Uwzględnianie te stwarzają często problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Stąd niezbędne jest kształcenie specjalistycznej kadry stomatologicznej, która we współpracy z lekarzami ogólnymi i geriatrami obejmie populację senioralną holistyczną opieką medyczną – dodaje prof. Mielczarek. Dodaje także, że starzenie się społeczeństwa wymusi konieczność leczenia wielospecjalistycznego przy realizacji procedur stomatologicznych. Wyszkolona kadra w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją może zapewnić ograniczenie wydatków na rehabilitację układu stomatognatycznego i kosztów leczenia ogólnoustrojowych powikłań chorób jamy ustnej.

BRAKUJE, ZA DUŻO CZY AKURAT

W stomatologii dziecięcej zgłoszona liczba aktywnych zawodowo specjalistów wzrosła z 480 w 2015 r. do 721 w 2020 r. W 2015 r. na jednego specjalistę przypadało 14 808 osób w wieku 0-18 lat, obecnie przypada 10 141. – Wskaźnik ten pokazuje, że jest konieczność zwiększania liczby specjalistów w tej dziedzinie, zwłaszcza przy dużym odsetku lekarzy zbliżających się do wieku emerytalnego – zauważa prof. Dorota Olczak-Kowalczyk, konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej. I dodaje, że pozytywnym zjawiskiem jest wzrost ogólnej liczby miejsc specjalizacyjnych w skali Polski do 155 (32 jednostki akredytowane). – Bardzo ważne jest, aby tendencja wzrostowa utrzymała się – podkreśla.

Choć w dziedzinie stomatologii zachowawczej ogólna liczba aktywnych zawodowo specjalistów w kraju przekracza liczbę rekomendowaną, wciąż jednak w niektórych województwach wskaźnik liczby specjalistów w tej dziedzinie w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców nie osiągnął optymalnego poziomu. Istnieją rejony deficytowe, w których dostępność jest ograniczona. – Współcześnie obowiązujące zasady wolnego rynku nie sprzyjają racjonalnemu planowaniu zabezpieczenia potrzeb leczniczych na danym terenie, nie uwzględniają bowiem ani liczby, ani struktury ludności. Z danych wynika, że podobnie jak w roku ubiegłym, w województwach lubuskim, opolskim, podkarpackim,

świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim opisywany wskaźnik jest niższy niż sugerowany. Polaryzacja lokalizacji funkcjonowania specjalistów sprawia, że nawet w rejonach, w których średni poziom wskaźnika jest wyższy niż sugerowany, obserwuje się jego wysokie zróżnicowanie na terenie całego województwa – tłumaczy prof. Mielczarek.

Z kolei prof. Rahnama-Hezavah na podstawie przeprowadzonej analizy danych ocenia, że liczba specjalistów z zakresu chirurgii stomatologicznej w skali całego kraju wydaje się być wystarczająca, a nawet w niektórych województwach liczba specjalistów jest statystycznie równa lub lepsza niż średnia w innych krajach UE. Jak zauważa, podstawowym celem

Stomatologia w opiece nad pacjentami tym różni się od innych dziedzin lekarskich, że w wielu krajach jest dużo skromniej lub wcale nie jest refundowana przez narodowe systemy ubezpieczeń, a to z kolei przekłada się na kształcenie lekarzy dentystów.

jest doprowadzenie do przynajmniej takiej samej dostępności do świadczeń specjalistycznych na terenie wszystkich województw. – W tych statystycznie dobrane zaopatrzone występują obszary źle zabezpieczone i ma to związek z nierównomiernym rozmieszczeniem lekarzy. Dzieje się tak dlatego, że lekarze specjaliści praktykują przeważnie w dużych ośrodkach miejskich z ośrodkami akademickimi, gdzie dostępność do leczenia specjalistycznego jest bardzo dobra, natomiast nie można tego powiedzieć w odniesieniu do mniejszych miejscowości, zwłaszcza tych znacznie oddalonych – wyjaśnia.

Potrzeba kształcenia większej liczby specjalistów dotyczy też periodontologii. – Pracujemy nad tym od wielu lat, zresztą nie powiem, że bez sukcesu. Staramy się stale poszerzać listę miejsc akredytacyjnych, co umożliwi szkolenie większej liczby specjalistów, zwłaszcza

w miastach, w których są uniwersytety medyczne – informuje prof. Górską.

Prof. Sierpińska uważa, że jedyną szansą, aby zwiększyć liczbę miejsc specjalizacyjnych, jest zachęcenie prywatnych jednostek do ich tworzenia. – Izby lekarskie powinny się zaangażować w taką inicjatywę. Bez pomocy lekarzy z praktyk prywatnych nie będziemy kształcić większej liczby specjalistów – podkreśla.

WYMIANA POKOLENIOWA

W chirurgii stomatologicznej, jak analizuje prof. Rahnama-Hezavah, obecna struktura wiekowa specjalistów nie gwarantuje wymiany pokoleniowej. Ponad 30 proc. chirurgów stomatologicznych w Polsce jest w wieku powyżej 60. r.ż. – Od momentu objęcia stanowiska konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej starałem się systematycznie zwiększać liczbę miejsc specjalizacyjnych. Od 2014 do 2021 r. wzrosła ona o ponad 30 proc. Dokładałem wszelkich starań, aby umożliwić młodemu lekarzom odbycie szkolenia w tej dziedzinie, mając na uwadze m.in. ryzyko ograniczenia dostępności do świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej wynikającej z braku dostatecznej wymiany pokoleniowej specjalistów – tłumaczy.

Także prof. Mielczarek widzi konieczność zwiększania możliwości kształcenia specjalizacyjnego, by wymiana pokoleniowa była bezpieczna. – Analiza profilu demograficznego czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją wskazuje, że blisko jedna trzecia kadry specjalistów rejestrowanych w statystykach okręgowych izb lekarskich to osoby, które ukończyły 60. r.ż. Istnieje zatem ryzyko pojawienia się luki pokoleniowej i okresowego niedoboru na rynku lekarzy specjalistów w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją – wyjaśnia.

W periodontologii na 537 wszystkich specjalistów 140 osób to lekarze dentyści powyżej 60. r.ż., w przedziale wiekowym 51-60 lat – jest ich 165, a tych poniżej 50. r.ż. – 232. – Z danych tych wynika, że bilans wymiany pokoleniowej nie wygląda pesymistycznie. Od kilku lat obserwuję duże zainteresowanie młodych lekarzy periodontologią, więc jest nadzieja, że idziemy w dobrym kierunku. Będziemy starali się zwiększać z roku na rok liczbę miejsc specjalizacyjnych, by wymiana pokoleniowa w periodontologii mogła przebiegać bezpiecznie – deklaruje prof. Górską. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Na granicy wydolności

Z prof. Adamem Nogalskim, prezesem Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, rozmawia Lucyna Krysiak.



Prof. Adam Nogalski: – Jesteśmy filarem systemu ochrony zdrowia i nie chodzi tylko o pandemię COVID-19, ale o wszelkie nagłe zdarzenia, które trudno przewidzieć – urazy, zawały serca, udary mózgu.

Trzecia fala pandemii COVID-19 dewastuje system ochrony zdrowia. Jaka jest sytuacja SOR-ów?

Jest ona zależna od liczby chorych przywożonych do szpitalnych oddziałów ratunkowych, a jak wiadomo, ten napór jest ogromny, pracujemy więc na granicy wydolności. Przez te oddziały przechodzą przecież nie tylko chorzy covidowi, ale np. pacjenci po urazach czy w innych stanach zagrożenia życia lub zdrowia.

Sytuacja jest różna w różnych regionach kraju, najgorzej jest tam, gdzie są najwyższe wskaźniki zachorowalności na COVID-19, np. na Śląsku czy na Mazowszu. W tych województwach najdłużej też czeka się na miejsce w SOR-ze albo wręcz trzeba szukać go w innym województwie.

Mimo ustalonych zasad koordynacji przekazywania pacjentów przed SOR-ami tworzą się kolejki, a my nie jesteśmy w stanie temu zapobiec. Ratownictwo medyczne to pierwsza linia frontu i jeśli po wstępnej diagnostyce i leczeniu ratunkowym nie ma gdzie przekazać pacjenta, to nie jest możliwe przyjmowanie kolejnych. W naszej pracy mamy też do czynienia z przepełnieniem oddziałów, trudnościami w dostępie do POZ i leczenia specjalistycznego, a czasem z agresją pacjentów i chaosem organizacyjnym. Jest bardzo ciężko.

Chodzi o liczbę miejsc, sprzęt czy ludzi?

Tak naprawdę o wszystko, ale głównie o kadry medyczne. Ratownictwo medyczne, mimo że pracuje na pierwszej linii frontu, jest niedoceniane i niedofinansowane. Nawet, kiedy przyznawano dodatek covidowy, zostaliśmy pominięci w podziale tych środków. Dopiero po interwencji PTRM zdecydowano, że SOR-y znajdą się na liście tych, którym ten dodatek będzie wypłacany. Jesteśmy filarem systemu ochrony zdrowia i nie chodzi tylko o pandemię COVID-19, ale o wszelkie nagłe zdarzenia, które trudno przewidzieć – urazy, zawały serca, udary mózgu. To nasza codzienność.

To bardzo obciążające.

Dlatego jest coraz mniej lekarzy chcących specjalizować się w tej dziedzinie, mimo że miejsca rezydentkie czekają. Promocja tej specjalizacji od lat była zaniedbana. Medycyna ratunkowa istnieje w Polsce dopiero od 2005 r. Na początku budziła ogromne zainteresowanie, lekarzy pociągała dynamika pracy, nowe podejście do pacjenta, ale realia zgasiły ten zapał. Przemęczenie, stres, brak perspektyw rozwoju zawodowego i ciągłe niedomagania wynikające z deficytów kadrowych i niedofinansowania stały się zmorem SOR-ów. Dobraźnią rozwiązaniem miało być wprowadzenie tzw. lekarza systemu, czyli umożliwienie pełnienia dyżurów w ratownictwie medycznym lekarzom innych specjalności, ale to tylko utrwaliło istniejący stan rzeczy.

Jeśli medycyna ratunkowa ma być specjalizacją atrakcyjną, to należy ograniczyć możliwości pracy w systemie PRM lekarzom innych specjalizacji. SOR i karetka to miejsca specyficzne, wymagające specjalnych kompetencji. Lekarz musi być związany ze swoim miejscem pracy i doskonalić swoje

kwalifikacje, a tzw. lekarz systemu nie spełnia tego wymogu. By to zmienić, trzeba generalnie zmienić podejście do miejsca medycyny ratunkowej w systemie, stworzyć finansowe zachęty dla specjalizujących się w tym kierunku, wreszcie zadbać o warunki pracy, zaczynając od skrócenia zmiany dyżurowej do 12 godzin, ale to kosztuje i wymaga zatrudnienia dodatkowych lekarzy.

Co przeszkadza, by pójść w tym kierunku?

Właśnie brak finansowej zachęty. Kiedy przyznano nam dodatek covidowy, okazało się, że wielu lekarzy jednak zdecydowało się na dyżury w SOR-ach mimo ciężkich warunków pracy. Mamy w Polsce 1128 specjalistów medycyny ratunkowej, ale nie wszyscy pracują w szpitalnych oddziałach ratunkowych czy zespołach ratownictwa medycznego. Wielu z nich wybiera inne, bardziej atrakcyjne zatrudnienie. Jest nas za mało w stosunku do potrzeb, a będą one rosły. Medycyna ratunkowa i SOR-y stanowią swoiste sito diagnostyczne, a zarazem wentyl bezpieczeństwa dla całego systemu ochrony zdrowia. Przy dobrze funkcjonujących SOR-ach wielu pacjentów po zdiagnozowaniu i leczeniu nie musi być przyjmowanych do innych oddziałów szpitala, dzięki czemu można ograniczyć wysokie koszty ewentualnej hospitalizacji. Jednak tego rodzaju postępowanie wymaga zainwestowania w sprzęt, ludzi, kształcenie. W krajach zamożnych, np. w USA, specjalistów medycyny ratunkowej poszukuje się i ceni. Policzono, że takie podejście zabezpiecza zdrowie obywateli po zdecydowanie niższych kosztach.

Co można powiedzieć o trzeciej fali pandemii, porównując ją z pierwszą i drugą?

Pierwsza i druga fala były dla medycyny ratunkowej zaskoczeniem, ale i poligonem doświadczalnym. Niewiele wiedzieliśmy wtedy o SARS-CoV-2, nie mieliśmy też pojęcia, jak się przed nim chronić, brakowało podstawowych rzeczy – płynów do dezynfekcji, masek, kombinezonów, wyniki testów przychodziły po wielu godzinach, a nawet dniach. Dziś jesteśmy bogatsi o sprzęt, środki ochrony i wiedzę na ten temat, ale też zagrożenie ze strony koronawirusa jest znacznie większe. Mamy do czynienia z mutacjami, których dotąd nie było, a na dodatek liczba chorych oraz tzw. nosicieli bezobjawowych jest znacznie większa.

Podczas pierwszej fali nie było tak wielu zachorowań i w tym czasie można było się lepiej przygotować na nadejście kolejnych – drugiej i trzeciej. Wiadomo już było, że wirus mutuje i nieunikniony jest znaczny wzrost liczby zakażonych. Powinniśmy więc mieć świadomość, że powrót do sytuacji sprzed pandemii nie będzie już możliwy i dostosować do tego wszystkie elementy systemu ochrony zdrowia, choćby wzmocnić najsłabsze ogniwa i przygotować plany na różne warianty rozwoju sytuacji epidemiologicznej. Ubiegłoroczne doświadczenia pokazały, że największy nacisk powinno się wtedy położyć na zapewnienie wydolności systemu ratownictwa medycznego.

Czy na czas pandemii opracowano specjalną strategię dotyczącą działalności SOR-ów?

Opracowaliśmy generalne zasady funkcjonowania ratownictwa medycznego w czasie epidemii, ale sytuacja, jak wiadomo, jest zmienna. W marcu minionego roku

Zachorowalność ponad 30 tys. pacjentów dziennie to naprawdę wynik, który stawia nas w czołówce Europy krajów najbardziej zagrożonych pandemią. Choć trudno to przyznać, nasze reakcje jako towarzystwa niewiele mogą tutaj zmienić.

PTMR opublikowało rekomendacje, które jasno określają zasady działania w COVID-19, ale trzeba być elastycznym i wciąż dostosowywać je do realiów, czyli liczby zachorowań, wydolności oddziałów ratunkowych i liczby wolnych łóżek w szpitalach. Rolą SOR-u jest postawienie wstępnej diagnozy, ustalenie dalszego leczenia i przekazanie chorego do konkretnego oddziału szpitalnego. A jeśli z różnych przyczyn tego pacjenta nie ma gdzie przekazać, a do domu też nie można go odesłać, to musi on pozostać w SOR-ze. Tacy chorzy zajmują miejsca i generują kolejki karetek, mimo że powinni zostać przejęci przez inne podmioty systemu ochrony zdrowia. Wydawało się, że kolejki rozładuje szybsze testowanie w kierunku COVID-19, ale to tylko częściowo rozwiązało problem. W obecnej fali pandemii, gdzie liczba zachorowań jest rekordowo wysoka, każda ich zwiększa paraliżuje system.

Jakie popełniono błędy, które z nich są najbardziej rażące i jak na nie zareagowało PTMR?

Zbyt wcześnie zniesiono obostrzenia po pierwszej fali pandemii. Kiedy ludzie poczuli lato, zdjęli maski i zaczęli gremialnie się spotykać, wyjeżdżać na wakacje, pojawiać się w dużych skupiskach. Błędem było też zniesienie obostrzeń dotyczących połączeń lotniczych z Wielką Brytanią przed świętami Bożego Narodzenia, co ułatwiło przeniknięcie do Polski tzw. brytyjskiego, znacznie groźniejszego wariantu wirusa SARS-CoV-2. Może gdyby mutacja dotarła do nas później, nie byłoby tak dramatycznego wzrostu zakażeń i tak wielu zgonów z powodu COVID-19. Zachorowalność ponad 30 tys. pacjentów dziennie to naprawdę wynik, który stawia nas w czołówce Europy krajów najbardziej zagrożonych pandemią. Choć trudno to przyznać, nasze reakcje jako towarzystwa niewiele mogą tutaj zmienić.

Dobrze, że powstały szpitale tymczasowe, aż strach pomyśleć, co by się działo w czasie ostatniego szczytu pandemii, gdyby ich nie było, ale one też nie rozwiązują całkowicie problemu, bo brakuje w nich personelu. W Polsce nie ma nadwyżek lekarzy, których można zatrudnić w szpitalach tymczasowych, kadrę medyczną przesuwają z innych placówek, co nie pozostaje bez wpływu na ich funkcjonowanie.

A szczepienia?

Jeszcze za wcześnie, aby mówić o efektach, a tym bardziej popadać w zbyt optywizm. Zanim szczepienia przyniosą oczekiwany skutek, musi minąć trochę czasu. Na razie na SOR-ach nie widać, aby dzięki szczepieniom spadła liczba chorych na COVID-19. Walka z pandemią to działanie wielokierunkowe, szczepienia nie zwalniają z przestrzegania reżimów sanitarnych, a z przestrzeganiem ich bywa różnie. Zanim nam przyjdzie odetchnąć powietrzem wolnym od wirusów, minie jeszcze sporo czasu. ■

Zmiana systemowa

Liberalizacja dostępu do wykonywania zawodów medycznych w Polsce dla cudzoziemców spoza UE to wspólny mianownik zmian wprowadzonych na mocy ustawy covidowej i ustawy o kadrach medycznych.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Nowe przepisy dotyczą nie tylko lekarzy i stomatologów z dyplomami uzyskanymi za naszą wschodnią granicą, ale również w dziedzinach innych państw, co często umyka w debacie publicznej. – Uprościliśmy dotychczasową procedurę uzyskania PWZ. Traktuję to jako ogromną zmianę systemową – mówi minister zdrowia Adam Niedzielski.

W resorcie zdrowia od kilku lat na poważnie rozważano dokonanie takiego kroku. Najbliższy tego był minister Łukasz Szumowski. Choć jemu to się nie udało, zmiany przeforował kolejny szef resortu. Uzasadniano to m.in. brakami kadrowymi oraz wyjściem naprzeciw potrzebom podmiotów leczniczych, które w ocenie części lekarzy są zlokalizowane w mało atrakcyjnych rejonach Polski lub daleko od ich miejsca zamieszkania. Dodatkowym pretekstem okazała się pandemia.

UZALEŻNIENIE

Istnieją systemy ochrony zdrowia w dużym stopniu opierające się na lekarzach cudzoziemcach. W Niemczech w 2019 r. liczba zarejestrowanych w izbach praktykujących lekarzy wzrosła o prawie 10 tys. (do 402 tys.) z czego ponad 3,8 tys. przybyło z zagranicy. Tym samym za naszą zachodnią granicą liczba cudzoziemców wykonujących ten zawód wzrosła do ponad 58,1 tys. Gdyby oprzeć się o definicję Federalnego Urzędu Statystycznego, który za osoby z obcym pochodzeniem uznaje zarówno obcokrajowców, jak i tych, którzy przyszli na świat w Niemczech, ale tylko jedno z ich rodziców posiadało obywatelstwo od urodzenia, ta liczba byłaby większa, skoro już kilka lat

temu co czwarty mieszkaniec RFN miał obce korzenie. W niemieckich placówkach medycznych pracuje sporo Polaków, a według danych sprzed dwóch lat wielu lekarzy cudzoziemców pochodziło z Syrii i Rumunii (po ponad 4,4 tys.), Grecji (ponad 2,8 tys.), Austrii i Rosji (po ponad 2,3 tys.).

POLITYCZNE WYGODNICTWO

Wydaje się, że dla polityków na najwyższym szczeblu władzy i osób decydujących o kształcie polityki zdrowotnej w krajach ściągających do siebie wielu lekarzy z zagranicy, ich napływ jest wygodny. Na stałą lub czasową emigrację decydują się osoby wykształcone (notabene na koszt podatników z innych krajów), nierzadko z niemałym dorobkiem

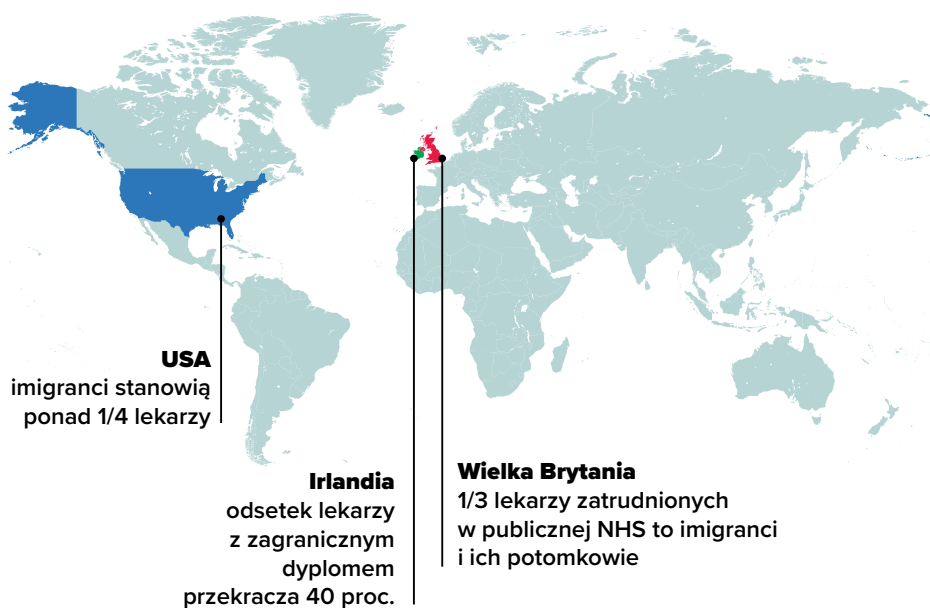
**Po co się dwoić
i troić, skoro niedobór
autochtonów wypełnią
ekspaci?**

zawodowym czy naukowym. To zdejmując z władz konieczność zabiegania o tworzenie coraz lepszych warunków dla swoich obywateli oraz przynajmniej częściowo zwalnia ich z odpowiedzialności za przygotowanie i wdrożenie wieloletniej, starannie przemyślanej strategii rozwoju kadr medycznych. Po co się dwoić i troić, skoro lekarzy i tak nie zabraknie, bo niedobór autochtonów wypełnią ekspaci? „Wygodnictwo” nie jest jedyną przyczyną, z powodu której część decydentów sprzyja tym zmianom. Jak każdy proces społeczny, niesie on za sobą zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki, co daje pewne szanse, ale i zagrożenia. Niestety nie zawsze traktuje się je z podobną

uwagą. Kilka lat temu w Szwajcarii, gdzie co trzeci lekarz pochodzi z zagranicy (głównie z sąsiednich Niemiec), toczyła się dyskusja o zaletach i wadach tego modelu, a część ekspertów zwracała uwagę na konieczność uniezależnienia systemu ochrony zdrowia od zagranicznego personelu medycznego.

NA KIM OPRZEĆ BEZPIECZEŃSTWO?

W naszej debacie publicznej rzadko pojawia się fundamentalne pytanie, czy bezpieczeństwo zdrowotne polskich obywateli należy oprzeć na lekarzach z zagranicy. Na to, że takie może być założenie rządzących, wskazał niedawno Zarząd Krajowy OZZL, opiniując projekt ustawy o kadrach medycznych. „Obawiamy się, że spowoduje to jeszcze mniejsze niż dotychczas zainteresowanie (kolejnych) rządów RP, aby problem deficytu lekarzy faktycznie i na trwale rozwiązać” – czytamy w stanowisku OZZL. Takich głosów nie brakuje. Trzeba być niezwykle ostrożnym w porównywaniu sytuacji, z jaką stykali się lekarze emigrujący m.in. z Polski do zachodniej Europy, Skandynawii czy USA, do okoliczności, które kilka miesięcy temu zaistniały w naszym kraju. Tam co do zasady łagodzą bariery administracyjne związane z przyjazdem i podejmowaniem pracy bez drastycznego różnicowania wymagań w zakresie kwalifikacji zawodowych dla „miejscowych” i „napływowych”. U nas zdecydowano się na inny model, co wzbudza kontrowersje z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i zwiększonego ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Oczywiście nie wszyscy je podzielają. Z wielu stron dochodzą też głosy o braku możliwości wiarygodnego



zweryfikowania kwalifikacji medyków spoza UE w niesłychanie krótkim czasie, a w dodatku przepisy są skonstruowane w taki sposób, że pracę mogą podjąć osoby de facto nieznające języka polskiego.

CO ROBI RZĄD?

Prezes NRL prof. Andrzej Matyja dziwi się, że wprowadzono znaczne ułatwienia w dostępie do zawodu dla cudzoziemców, mimo że w trakcie pandemii rząd nie zrobił w zasadzie nic, co realnie wsparłoby polskich lekarzy i uwolniłoby rezerwy drzemące w systemie opieki zdrowotnej. Obowiązki biurokratyczne pozostały, lekarzy nie odciążono od pilnowania spraw niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem, a sposób, w jaki wydawane są nakazy pracy, wywołuje złość. Nie dość, że dodatki covidowe objęły część lekarzy walczących z epidemią i wciąż trwa spór o interpretację, komu one przysługują, a komu nie, to zainicjowana przez ministra zdrowia dyskusja o uregulowaniu wzrostu minimalnych płac spotkała się z rozczarowaniem zwłaszcza wśród lekarzy specjalistów. – W rezultacie wielu dobrze wykształconych polskich lekarzy deklaruje chęć wyjazdu do pracy w krajach unijnych. Czy nie należy podjąć starań, aby zachęcić ich do pozostania, zamiast tworzyć ustawy, które spowodują napływ z zagranicy osób, których kwalifikacje nie zostaną w Polsce należyście zweryfikowane, chociażby pod kątem minimalnych standardów kształcenia w UE? – pyta prezes NRL.

KTO PUKA DO NASZYCH DRZWI?

Nowe przepisy dotyczą obywateli prawie całego świata, w tym państw, w których – najłatwiej mówiąc – poziom kształcenia (nie tylko w zakresie medycyny) pozostawia wiele do życzenia, a już na pewno stanowi wielką zagadkę. Konia z rządem temu, kto ma choćby pobieżną orientację, jak przebiega szlifowanie wiedzy i umiejętności obecnego i przyszłego personelu medycznego w Chinach, Indiach, Indonezji, Kolumbii, Korei Południowej, Kosowie, Malezji, Mołdawii, Mongolii, Pakistanie, Peru, Tajlandii, Turcji czy na Filipinach – to wybrane kraje, których obywatele otrzymali zezwolenie na pracę w zawodach szeroko związanych ze zdrowiem w I kwartale br. (dane Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii). Różnice w kształceniu między Polską a innymi państwami są faktem. Dość powiedzieć, że na sąsiedniej Ukrainie certyfikat specjalisty lekarz uzyskuje po odbyciu tzw. internatury, która w przypadku anestezjologii trwa dwa lata (dla porównania: u nas okres szkolenia specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wynosi 6 lat). Zdaniem OZZL radykalne zmniejszenie wymagań wobec cudzoziemców, jako sposób na ich „ściągnięcie” do Polski, „skusi” tych, którzy „zdają sobie sprawę, że w normalnych warunkach nie daliby rady uzyskać zatrudnienia jako lekarze”. „Tak szerokie i niekontrolowane otwarcie systemu ochrony zdrowia na osoby, które wykształcenie oraz kwalifikacje zawodowe zdobyły w krajach, w których systemy

kształcenia w zawodach medycznych są istotnie różne od standardów przyjętych na obszarze UE, nie znajduje uzasadnienia nawet w trwającym obecnie stanie epidemii” – w ten sposób prezesi samorządów: lekarskiego, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów oraz diagnostów laboratoryjnych apelowali do prezydenta Andrzeja Dudy o zawetowanie jednej z kontrowersyjnych ustaw. Bezskutecznie.

ORL MA 7 DNI

W drugiej połowie stycznia pierwsi medycy spoza UE otrzymali zgodę na wykonywanie zawodu w Polsce w ramach systemu uproszczonego. Trzem białoruskim i dwóm ukraińskim lekarzom decyzje w tej sprawie osobiście wręczył minister zdrowia w świetle kamer telewizyjnych. – Do tej pory lekarze spoza Unii, którzy chcieli pracować na rzecz polskiego systemu opieki zdrowotnej, mieli przed sobą różne bariery administracyjne – podkreślił Adam Niedzielski. Po otrzymaniu pozytywnej decyzji od ministra zdrowia lekarz musi wystąpić do ORL o przyznanie PWZ i wydanie stosownego dokumentu. Rada ma na to 7 dni od dnia otrzymania decyzji ministra. Przepisy są skonstruowane w taki sposób, że w sytuacji, gdy ORL nie przyzna PWZ w tym terminie lub gdy tego odmówi, do dnia prawomocnego zakończenia postępowania taka osoba może wykonywać zawód na podstawie i w zakresie określonym w decyzji ministra zdrowia

Dwie odmowy

Według stanu na 6 kwietnia, do ministra zdrowia wpłynęły 263 wnioski od lekarzy i lekarzy dentystów spoza UE, spośród których 87 proc. uzyskało kwalifikacje na Ukrainie i na Białorusi. 97 wniosków rozpatrzone pozytywnie, a dwa negatywnie. „Minister zdrowia wydał dwie decyzje odmowne w związku z faktem, że szkolenie specjalizacyjne nie pokrywało się w istotnych elementach merytorycznych z programem szkolenia specjalizacyjnego w RP lub brakiem udokumentowanej wiedzy w zakresie współcześnie stosowanych procedur i obowiązującej nomenklatury oraz brakiem udokumentowania niezbędnej regularnej aktualizacji wiedzy z zakresu danej dziedziny medycyny” – informuje resort.

Trend

To, co niedawno dotknęło zawody medyczne, wpisuje się w obserwowany od dłuższego czasu trend. Rząd Mateusza Morawieckiego coraz szerzej otwiera drzwi polskiego rynku pracy, choć nie on to zainicjował. W ostatnich latach imigracja rosła w takim tempie, że nasza pozycja w różnych zestawieniach może stanowić zaskoczenie:

- **Eurostat:** zanim wybuchła pandemia, Polska była liderem w liczbie przyjętych imigrantów zarobkowych spoza UE – w 2019 r. władze wydały ponad połowę pozwoleń na pracę we wszystkich krajach członkowskich oraz jedną czwartą pozwoleń na pobyt w całej Unii, co w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców dało nam trzecie miejsce;
- **OECD:** w 2017 r. do naszego kraju przybyło najwięcej tymczasowych imigrantów zarobkowych na świecie – 1,1 mln przyjeżdżających na okres krótszy niż 12 miesięcy;
- **Urząd do Spraw Cudzoziemców:** w 2020 r. sytuacja epidemiczna i związane z nią ograniczenia zachęcały obcokrajowców do przedłużania pobytu w naszym kraju, co dotyczyło zwłaszcza obywateli Ukrainy i Białorusi, którzy wcześniej w większym stopniu korzystali z możliwości migracji tymczasowych.

i jest uznawana za lekarza albo lekarza dentyście z odpowiednim PWZ. To kolejny powód zaostrezenia sporu między rządem, którego celem jest szybki wzrost liczby lekarzy „pozyskanych” w ramach systemu uproszczonego, a samorządem lekarskim, który nie zamierza „z automatu” przyklepywać urzędowych decyzji bez ustalenia, czy faktycznie są spełnione wszystkie wymogi, w dodatku mając na to zaledwie tydzień. Zdaniem szefa KPRM Michała Dworczyka przy rozpatrywaniu wniosków dochodzi do obstrukcji. Pod koniec marca Konwent Prezesów ORL publicznie odniósł się do tego typu oskarżeń, informując, że do izb lekarskich wpłynęło 29 wniosków – 10 rozpatrzono pozytywnie, trzy negatywnie, a pozostałe były w trakcie procedowania głównie z powodu „ewidentnych braków formalnych i merytorycznych”. Kilka tygodni temu resort zdrowia zapowiedział zaskarżenie do Sądu Najwyższego uchwały NRL dotyczącej szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania PWZ. Na moje pytanie, czy to faktycznie nastąpi, rzecznik resortu zdrowia przytaknął. – Zostanie to dokonane najpewniej w najbliższym czasie – poinformował Wojciech Andrusiewicz, dodając, że na złożenie skargi minister ma 6 miesięcy od dnia doręczenia uchwały.

W POWIATACH NIE PRÓŻNUJĄ

Część dyrektorów szpitali nie ukrywa, że ma nóż na gardle i jest gotowa zatrudnić każdego, kto wzmocni kadrę medyczną. Z nowych możliwości zaczęły korzystać mniejsze placówki, gdzie brak jednego czy dwóch lekarzy stanowi czasami być

albo nie być dla istnienia niektórych oddziałów. Od dłuższego czasu trwały starania o sprowadzenie lekarzy ze Wschodu do szpitala powiatowego w Starachowicach (woj. świętokrzyskie), ale na dobre przyspieszyły dopiero po zeszłorocznej zmianie przepisów. Dzięki pomocy agencji rekrutacyjnej do placówki trafili lekarze z Białorusi i Ukrainy. – Pozyskaliśmy lekarza medycyny sądowej – patologa, patomorfologa, dwóch chirurgów, dwóch anestezjologów, dwóch pediatrów, lekarza medycyny ogólnej oraz specjalistę medycyny ratunkowej – mówi dyrektor

Różnice w kształceniu między Polską a innymi państwami są faktem.

Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach Grzegorz Kaleta. Lekarze będą doskonalić umiejętności pod okiem specjalistów ze szpitala, aby – jak podkreśla starosta – w niedługim czasie móc samodzielnie leczyć i operować pacjentów. Coraz bliżej zatrudnienia kilku anestezjologów ze Wschodu jest inny szpital w tamtym regionie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim. Jesienią część pełnomocników ds. organizacji szpitali tymczasowych i innych osób zaangażowanych w ich tworzenie przyznawała, że myśli o rekrutacji cudzoziemców legitymujących się wykształceniem medycznym. Jak dotąd placówki rezerwowo nie okazały się mekką dla osób z zagranicy, choć m.in. do szpitala

tymczasowego w Szczytnie (woj. warmińsko-mazurskie) został skierowany lekarz z kwalifikacjami zawodowymi uzyskanymi poza UE. Bywa, że cudzoziemcy sami zgłaszają się do pracy. – Kilka zgłoszeń lekarzy i pielęgniarek z Ukrainy i Białorusi, nieposiadających nostryfikacji dyplomu i PWZ, nadesłanych na rekrutacyjny adres e-mail szpitala tymczasowego w Lublinie, przekazano do szpitala macierzystego w celu ewentualnego rozpatrzenia aplikacji – informuje rzecznik wojewody lubelskiego Agnieszka Strzępka.

WOLNIEJ OD OCZEKIWAŃ

Na Podkarpaciu żaden z podmiotów leczniczych podległych samorządowi wojewódzkiemu nie skorzystał z możliwości zatrudniania lekarzy z dyplomem spoza UE w ramach uproszczonej procedury i nie wyraża zainteresowania pozyskaniem ich w najbliższej przyszłości. W innych regionach sytuacja jest odmienna. W szpitalach podlegających samorządowi woj. wielkopolskiego takie plany mają placówki w Poznaniu, Kaliszu i Kościanie, a na Lubelszczyźnie starania o pozyskanie dodatkowych kadr już trwają. – Zdarzają się przypadki niepowodzenia procesu rekrutacyjnego np. z powodu niestawienia się lekarza na rozmowę lub słabej znajomości języka polskiego – mówi Remigiusz Małecki, rzecznik prasowy w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubelskiego. W Szpitalu Wojewódzkim w Opolu najbardziej zaawansowany jest proces pozyskania lekarza zakaźnika, a tamtejszy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny negocjuje warunki umowy z firmami zajmującymi się rekrutacją personelu. Na pytanie, czy po I kwartale br. da się zauważyć większe zainteresowanie pracą w Polsce ze strony lekarzy spoza UE niż jeszcze rok czy dwa lata temu, przedstawicielka jednej z agencji rekrutujących kadrę medyczną odpowiada twierdząco. – Nie jest to jednak wzrost, którego się spodziewaliśmy. Obecnie otrzymujemy kilka zgłoszeń lekarzy spoza UE w miesiącu, wcześniej było to kilka zgłoszeń na kwartał. Lekarze dentyści, zarówno wcześniej, jak i teraz, nie są aktywni – mówi Anna Stradza z HRmedica. Zdania na temat tego, czy w kolejnych latach lekarze spoza UE zaczną licznie przyjeżdżać do Polski, są podzielone. Co będzie dalej, zależy od wielu czynników, w tym od sytuacji politycznej zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej. ■

BIULETYN

NR 3 (203)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, IV 2021

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

**UCHWAŁA Nr 7/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 kwietnia 2021 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
utworzenia funduszu wydawniczego
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwała się, co następuje:

§ 1.

W załączniku nr 1 do uchwały Nr 15/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 października 2020 r. w sprawie utworzenia funduszu wydawniczego Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) § 3 ust. 2 załącznika otrzymuje brzmienie: „2. Z posiedzeń Zespołu sporządza się sprawozdanie.”;

2) § 5 otrzymuje brzmienie:

„Fundusz wspiera wydawanie prac w formie papierowej i/lub audiowizualnej:

1) z historii zawodów medycznych, medycyny i samorządu lekarskiego;

2) literatury pięknej.”;

3) § 6 ust. 1, 2, 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„1. Pomoc finansową można uzyskać w formie dotacji do przygotowanej już pracy z zastrzeżeniem umieszczenia informacji o mecenacie oraz przekazania na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej egzemplarzy okazowych w liczbie określonej na podstawie umowy z autorem lub wydawcą. Dotacja nie może przekroczyć limitu 50% wydatków druku nakładów wydawniczych lub nagrania z montażem na podstawie przedstawionej faktury.

2. W przypadku uzyskania dofinansowania autor lub wydawca wyraża zgodę na cytowanie fragmentów publikacji przez Naczelną Izbę Lekarską. PDF lub plik audio publikacji automatycznie znajdzie się w mediatece lekarskiej z możliwością zablokowania możliwości kopiowania plików bez zgody autora lub wydawcy.

5. Zadaniem zespołu jest ocena prawidłowości wykorzystanej pomocy wydawniczej. W przypadku niedotrzymania terminów przedstawienia dokumentów finansowych lub w sytuacji, gdy środki zostały wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem, dotacja automatycznie zostanie cofnięta, a otrzymane środki podlegają zwrotowi.

6. Pierwszeństwo w uzyskaniu pomocy mają publikacje o charakterze uniwersalnym i ponadlokalnym.”;

4) § 7 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Rekomendacje co do zakwalifikowania przedłożonych propozycji do przyznania pomocy wydawniczej podejmowane są cztery razy w roku kalendarzowym w terminach ustalonych przez Zespół podczas posiedzenia Zespołu. Zespół ustala i podaje do wiadomości na stronie internetowej NIL terminy składania wniosków.”;

5) § 8 otrzymuje brzmienie:

„1. Prawidłowe zgłoszenie pracy wymaga spełnienia następujących warunków:

1) w przypadku propozycji wydawniczej: zapis PDF;

2) w przypadku propozycji audiowizualnej: zapis cyfrowy MP3 lub MP4;

3) podania krótkiej informacji o autorze, nakładzie, wraz ze streszczeniem oraz danymi kontaktowymi autora, w tym: imię i nazwisko, adres, e-mail, telefon oraz oświadczenie (Załącznik nr 1 do Regulaminu).

2. Zgłoszenia o uzyskanie dotacji należy składać osobiście w zamkniętej kopercie w Sekretariacie NIL lub nadsyłać na adres: Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, Warszawa z dopiskiem FUNDUSZ WYDAWNICZY. Pliki elektroniczne należy przekazywać w formie płyty CD lub pocztą elektroniczną na adres wydawniczy@hipokrates.org z obowiązkowym podaniem w treści wiadomości danych osobowych wnioskodawcy i zaznaczeniem w tytule wiadomości FUNDUSZ WYDAWNICZY.”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 8/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 kwietnia 2021 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
zasad gospodarki finansowej
samorządu lekarzy**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 10 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.

W uchwale nr 44-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy, zmienionej uchwałą nr 61/03/IV z dnia 24 października 2003 r., uchwałą Nr 10 Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 czerwca 2008 r., uchwałą nr 22/10/VI z dnia 14 maja 2010 r. oraz uchwałą nr 7/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 czerwca 2020 r. wprowadza się następującą zmianę:

W § 17 uchwały ustęp 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Sprawozdanie finansowe jest podpisywane z podaniem daty podpisu przez osobę, której powierzono prowadzenie ksiąg rachunkowych, oraz wszystkich członków prezydium rady lekarskiej. Odmowa podpisania sprawozdania finansowego wymaga pisemnego uzasadnienia, dołączonego do sprawozdania finansowego. Sprawozdanie finansowe okręgowej izby lekarskiej jest zatwierdzane przez właściwą okręgową radę lekarską, a sprawozdanie finansowe Naczelnej Izby Lekarskiej jest zatwierdzane przez Naczelną Radę Lekarską.”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 9/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 16 kwietnia 2021 r.
w sprawie zmiany uchwały w sprawie
szczegółowego trybu postępowania
w sprawach przyznawania prawa
wykonywania zawodu lekarza i lekarza
dentysty 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 dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493, 2112, 2401, 2345 oraz z 2021 r. poz. 159) 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 2020 r. poz. 1291, 2112 i 2401) uchwala się, co następuje:

§ 1.

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 dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, zmienionej uchwałą Nr 7/18/VIII z dnia 31 sierpnia 2018 r., Nr 23/19/VIII z dnia 31 maja 2019 r., Nr 34/19/VIII z dnia 18 października 2019 r., Nr 22/20/VIII z dnia 11 grudnia 2020 r. i Nr 1/21/VIII z dnia 29 stycznia 2021 r. wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 pkt 6 uchwały otrzymuje brzmienie: „6) lekarz bez bliższego określenia – również lekarza dentystę, obywatela polskiego lub obywatela innego państwa członkowskiego UE, lekarza cudzoziemca, lekarza, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium UE;”;

2) w § 6 po ust. 5 dodaje się ust. 5a i 5 b w brzmieniu:

„5a. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE o przyznanie prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, powinna ustalić, czy wnioskodawca spełnia warunki, o których mowa w art. 7 ust. 2a w zw. z art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

5b. Okręgowa rada lekarska, rozpatrując wniosek lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE o przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu samodzielnie albo pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, powinna ustalić, czy wnioskodawca spełnia warunki, o których mowa w art. 7 ust. 2a pkt 3-5 i 7 w zw. z art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty”;

3) w § 14 ust. 2 pkt 7, 8 i 9 otrzymują brzmienie: „7) uzyskanie przez okręgową radę lekarską

powiadomienia przekazanego przez podmiot leczniczy o rozwiązaniu umowy o pracę z lekarzem, któremu przyznano prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce w tym podmiocie w sytuacji nie spełnienia wymogu, o którym mowa w art. 7 ust. 2 h ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

8) uzyskanie przez okręgową radę lekarską decyzji ministra zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 22 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty o cofnięciu zgody wydanej lekarzowi zgodnie z art. 7 ust. 2b albo 9 i 10 ustawy, któremu przyznanie prawa wykonywania zawodu poprzedzone było wyrażeniem takiej zgody przez ministra zdrowia;

9) upływ 5 lat od dnia przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu.”;

4) w § 17 w ust. 9 wyrażenie „numer.pwz” zastępuje się wyrażeniem „numer prawa wykonywania zawodu”.

2. W Regulaminie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, wpisywania na listę członków okręgowej izby lekarskiej i wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów, prowadzenia okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącym załącznik nr 1 do uchwały:

1) w § 1

a) pkt 5a i 5b otrzymują brzmienie:

„5a) przyznawania lekarzowi lub lekarzowi dentyście, który uzyskał kwalifikacje poza UE prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie leczniczym, wpisywania go na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz dokonywania wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów;

5b) przyznawania lekarzowi lub lekarzowi dentyście, który uzyskał kwalifikacje poza UE warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisywania go na listę członków okręgowej izby lekarskiej oraz dokonywania wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów”;

b) w pkt 21 wyrażenie „w art. 7 c ust. 1, 2 i 2a” zastępuje się wyrażeniem „w art. 7d”;

2) w § 2

a) po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu: „12a) „lekarz, który uzyskał kwalifikacje poza UE” – lekarza lub lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich UE”;

b) pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) „lekarz” – bez bliższego określenia

– również lekarza dentystę, obywatela polskiego lub obywatela innego państwa członkowskiego UE, lekarza cudzoziemca, lekarza, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium UE;”

c) po pkt 17 dodaje się pkt 18, 19, 20, 21, 21a, 21b, 21c i 21d, w brzmieniu:

„18) „LEK” – Lekarski Egzamin Końcowy, określony w art. 14a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

19) „LDEK” – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy, określony w art. 14a ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

20) „LEP” – Lekarski Egzamin Państwowy, określony w art. 5 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

21) „LDEP” – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy, określony w art. 5 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

21a) „LEW” – Lekarski Egzamin Weryfikacyjny, określony w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

21b) „LDEW” – Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Weryfikacyjny, określony w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

21c) „CEM” – Centrum Egzaminów Medycznych, o którym mowa w art. 14a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

21e) „SMK” – System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666);”;

3) w § 3 w ust. 2 po pkt 5 dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) zaistnienia okoliczności, o której mowa w art. 7 ust. 2h lub ust. 22 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;”

4) w § 8 ust. 2 pkt 3

a) po ppkt g dodaje się ppkt ga i gb w brzmieniu:

„ga) 17 – oznaczający lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych,

gb) 18 – oznaczający lekarza, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu,”;

b) po ppkt o dodaje się ppkt oa i ob w brzmieniu:

„oa) 27 – oznaczający lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych,

ob) 28 – oznaczający lekarza dentystę, który uzyskał kwalifikacje poza UE, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu,”;

5) w § 12

a) w ust. 1 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) uzyskał w innym państwie niż w państwie członkowskim UE dyplom lekarza i złożył LEW lub LDEW i dotychczas nie wykonywał zawodu;”;

b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) spełnia wymogi określone w pkt 1-3a i uzyskał prawo wykonywania zawodu lekarza w innym państwie niż w państwie członkowskim UE oraz wykonywał zawód poza obszarem Rzeczypospolitej Polskiej i nie uzyskał decyzji Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 15j ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty o uznaniu w całości stażu odbytego za granicą za równoważny w całości ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej;”;

c) w ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

a) kopię dyplomu lekarza, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit a-b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty,

b) b) dyplom lub kopię dyplomu lekarza, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d cyt. ustawy razem z dokumentem potwierdzającym uznanie dyplomu za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami o szkolnictwie wyższym i nauce, spełniającym minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE,

albo dyplom lub kopię dyplomu lekarza o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e cyt. ustawy oraz świadectwo złożenia LEW lub LDEW, c) dokument potwierdzający formalne uprawnienia lekarza, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. c cyt. ustawy spełniające minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE

– oraz suplement do dyplomu, jeżeli został wydany.

d) ust. 15 otrzymuje brzmienie:

„15. Lekarz, który uzyskał dyplom lekarza w innym państwie niż państwo członkowskie UE, i któremu okręgowa rada przyznała:

a) prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego,

b) prawo wykonywania zawodu lekarzowi, któremu minister zdrowia uznał staż podyplomowy odbyty za granicą w całości za równoważny ze stażem podyplomowym obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej,

c) prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia kształcenia podyplomowego,

d) prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych,

e) warunkowe prawo wykonywania zawodu

– jest zobowiązany przed otrzymaniem dokumentu uprawnającego do wykonywania zawodu złożyć wobec prezesa okręgowej rady przyrzeczenie lekarskie według treści przyrzeczenia zamieszczonej w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Podpisany przez lekarza tekst przyrzeczenia dołącza się do akt osobowych lekarza. W uzasadnionym przypadku złożenie podpisu pod tekstem przyrzeczenia przez lekarza uznaje się za wystarczające.”;

6) w § 28a:

a) w ust. 2 wyrażenie „i wpisania do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentysty” zastępuje się wyrażeniem „i wpisanie do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów”;

b) w ust. 4 pkt 7 wyrażenie „pkt 5” zastępuje się wyrażeniem „pkt 6”;

c) w ust. 5 wyrażenie „§ 12 ust 6 i 7” zastępuje się wyrażeniem „§ 12 ust. 6, 7 i 15”;

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Uchwała okręgowej rady o przyznaniu prawa wykonywania zawodu powinna określać szczegółowy zakres czynności zawodowych, o których mowa w art. 2 ust. 1, 2 i 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, okres i miejsce zatrudnienia we wskazanym w decyzji ministra podmiocie leczniczym.”;

e) po ust. 8 dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu: „9. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 zobowiązany jest do bezzwłocznego przekazania okręgowej radzie decyzji ministra zdrowia lub wojewody, w przypadku o którym mowa w art. 7 ust. 2i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

„10. Okręgowa rada lekarska w drodze uchwały dokonuje zmiany uchwały, o której mowa w ust. 6 w zakresie zmiany szczegółowego zakresu czynności zawodowych, okresu i miejsca zatrudnienia określonych w decyzji ministra zdrowia lub wojewody. Przepis ust. 7 stosuje się odpowiednio.”

7) w § 28b:

a) w ust. 2 wyrażenie „i wpisania do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentysty” zastępuje się wyrażeniem „i wpisanie do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów”;

b) w ust. 5 wyrażenie „§ 12 ust 6 i 7” zastępuje się wyrażeniem „§ 12 ust. 6, 7 i 15”;

c) ust. 7, 8 i 9 otrzymuje odpowiednio numerację: 6, 7 i 8,

d) po ust. 8 dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu: „9. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 zobowiązany jest do bezzwłocznego przekazania okręgowej radzie decyzji ministra zdrowia, w przypadku o którym mowa w art. 7 ust. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.”;

„10. Okręgowa rada lekarska w drodze uchwały dokonuje zmiany uchwały, o której mowa w ust. 6 określając podmiot wskazany

w decyzji ministra zdrowia, w którym lekarz będzie wykonywał zawód.”

8) w załączniku nr 6 do Regulaminu Wzory wpisów urzędowych do „Prawa wykonywania zawodu lekarza” i „Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty” otrzymują brzmienie:

17. Treść wpisu urzędowego dotyczącego przyznania prawa wykonywania zawodu lekarzowi lub lekarzowi dentyście, który uzyskał kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej

1) Na podstawie art. 7 ust. 2e w zw. z art. 7 ust. 2a i 2b oraz art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.) prawo wykonywania zawodu przyznane uchwałą Nr z dnia Okręgowej Rady Lekarskiej w upoważnia do wykonywania zawodu w zakresie czynności zawodowych w okresie od dnia do dnia wyłącznie w podmiocie leczniczym Prawo wykonywania zawodu traci ważność z upływem terminu jego ważności tj. z dniem lub w sytuacji określonej w art. 7 ust. 2h lub 22 ustawy.

data
podpis

pieczęć okrągła

2) Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia znak: z dnia wydanej w trybie określonym w art. 7 ust. 2i pkt 1*/ pkt 2* ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.) prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty przyznane uchwałą Nr z dnia Okręgowej Rady Lekarskiej w uprawnia do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w okresie od dnia do dnia wyłącznie w podmiocie leczniczym wskazanym w decyzji.

data
podpis

pieczęć okrągła

3) Na podstawie decyzji Wojewody znak: z dnia / Ministra Zdrowia znak: z dnia wydanej w trybie art. 47 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.) prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty przyznane uchwałą Nr z dnia Okręgowej Rady

Lekarskiej w jest uprawniony wyłącznie do pracy przy zwalczaniu epidemii w miejscu wskazanym w decyzji

data pieczęć okrągła
podpis

18. Treść wpisu urzędowego dotyczącego warunkowego przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry

1) Na podstawie art. 7 ust. 13 w zw. z art. 7 ust. 9 i 10 oraz art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2020 r. poz. 514 z późn. zm.) warunkowe prawo wykonywania zawodu przyznane uchwałą Nr z dnia Okręgowej Rady Lekarskiej w upoważnia do *samodzielnego wykonywania zawodu, *wykonywania zawodu pod nadzorem posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w okresie od do wyłączenie w podmiocie leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 lub innym podmiocie leczniczym w przypadku określonym w art. 7 ust. 16 ustawy. Prawo wykonywania zawodu traci ważność z upływem 5 lat od dnia jego przyznania, tj. z dniem lub w sytuacji określonej w art. 7 ust. 22 ustawy.

data pieczęć okrągła
podpis

2) Na podstawie decyzji Ministra Zdrowia znak: z dnia wydanej w trybie art. 7 ust. 16 ustawy z dnia 5 grudnia

1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.) warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry przyznane uchwałą Nr z dnia Okręgowej Rady Lekarskiej w upoważnia do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry wyłącznie w podmiocie leczniczym wskazanym w decyzji.

data pieczęć okrągła
podpis

9) w załączniku nr 5 do Regulaminu wzór 1 i wzór 5 otrzymują brzmienie:
10) w załączniku nr 5 do Regulaminu we wzo-
rze uchwały:

a) nr 25 w treści podstawy prawnej wyrazy „§ 5 pkt 2a” zastępuje się wyrazami „§ 5 ust. 2”;
b) nr 26 w treści podstawy prawnej wyrazy „§ 5 pkt 2a” zastępuje się wyrazami „§ 5 ust. 3”
11) załącznik:

a) nr 12A do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do uchwały;
b) nr 12B do Regulaminu otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

Uchwała wraz z kompletem wzorów i załączników jest dostępna na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**OBWIESZCZENIE
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
z dnia 24 marca 2021 r.
o wynikach wyborów na stanowisko
Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady
Lekarskiej**

Na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965) oraz § 45 ust. 1 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., zmienionym uchwałą Nr 14 XIV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 26 maja 2018 r., na podstawie protokołu komisji wyborczej Naczelnej Rady Lekarskiej obwieszcza się co następuje:

w wyniku przeprowadzonych w dniu 12 marca 2021 r. wyborów na stanowisko Zastępcy Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, na podstawie protokołu komisji wyborczej Zgromadzenia Wyborczego Naczelnej Rady Lekarskiej, powołanej do przeprowadzenia wyborów na Zastępcę Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej, ogłasza się, że z dniem 12 marca 2021 r. Zastępcą Sekretarza Naczelnej Rady Lekarskiej na okres kadencji 2018-2022 została:

lek. Zyta Kaźmierczak-Zagórska

PRZEWODNICZĄCY
KRAJOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ
Paweł Susłowski

KSZTAŁCENIE KADR MEDYCZNYCH



Lidia Sulikowska
dziennikarz

Kredyt. I co dalej?

Ministerstwo Zdrowia chce wprowadzenia tzw. kredytu na studia medyczne. Co to oznacza dla systemu kształcenia lekarzy? Jakie rzeczywiste skutki może spowodować wdrożenie tego pomysłu w życie?

Cchodzi o rozwiązanie, które – w skrócie rzecz ujmując – zakłada możliwość wzięcia kredytu (w ramach umowy z bankiem komercyjnym, który będzie brał udział w projekcie) na sfinansowanie odpłatnych studiów na kierunku lekarskim w jęz. polskim (uczelnie prywatne i publiczne) z opcją jego całkowitego umorzenia ze środków budżetu państwa.

W ten sposób osoby, którym nie udało się dostać na bezpłatne studia, mają otrzymać szansę kształcenia w zawodzie lekarza bez wydawania pieniędzy z własnej kieszeni. Odpowiednie zapisy, w których zawarto ten pomysł, znalazły się w projekcie ustawy o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹, który opublikowano w połowie marca.

NIC ZA DARMO

Jednak aby uzyskać umorzenie kredytu w całości, trzeba spełnić dwa podstawowe warunki. Po pierwsze, należy go odpracować w Polsce w ciągu 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, pracując przez 10 lat w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Po drugie, trzeba uzyskać w tym czasie tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny uznanej przez ministra zdrowia za priorytetową². Jeśli te warunki nie zostaną spełnione, kredytobiorcę czeka spłata zobowiązania. Możliwe będzie także częściowe umorzenie kredytu – uzależnione od okresu pracy w systemie publicznym

po ukończeniu studiów oraz liczby semestrów sfinansowanych z kredytu (niestety ta kwestia nie została doprecyzowana w projekcie ustawy, będzie przedstawiona szczegółowo dopiero w projekcie rozporządzenia do ustawy). O pożyczkę będą mogli ubiegać się studenci już od roku akademickiego 2021/2022 (zarówno ci, którzy rozpoczynają studia, jak i osoby, które zaczęły naukę wcześniej). Ta forma wsparcia nie będzie obligatoryjna – nadal będzie można kształcić się na dotychczasowych zasadach na studiach odpłatnych.

UCZELNIE SIĘ CIESZĄ

Kuszenie wizją spłaty kredytu przez państwo ma przyciągnąć do pracy w zawodzie lekarza młodych i zdolnych ludzi (z wysokimi wynikami matury), którzy nie dostali się na wymarzone medyczne studia bezpłatne i nie mają możliwości, aby wykształcić się za własne pieniądze, i tym samym zasilić braki kadrowe w publicznym systemie ochrony zdrowia. Co o tym pomysśle sądzą uczelnie medyczne? – Uczelnie zrzeszone w KRAUM odbierają ten projekt pozytywnie. Jest bardzo wielu dobrych kandydatów, którym

nie udaje się dostać na studia stacjonarne. Nie zawsze ich stać, by ponosić koszty związane z kształceniem w trybie niestacjonarnym. Studia medyczne są jednymi z najbardziej kosztownych. Taką formę pomocy ze strony państwa oceniam dobrze. Pamiętajmy, że i tak będą rekrutowani najlepsi, zgodnie z obowiązującą listą rankingową – mówi prof. Marcin Gruchała, rektor GUMed, przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.

Podobnie o projekcie wyraża się przedstawiciel jednej z prywatnej uczelni kształcących przyszłych lekarzy. – Pomysł ten oceniamy pozytywnie. Po pierwsze, zwiększy się dostępność do kształcenia dla kandydatów, którzy nie osiągnęli wymaganego limitu punktowego na studia bezpłatne. Często są to zmotywowane osoby z dobrymi wynikami matur, które nie podejmują studiów na kierunkach lekarskich płatnych z powodu bariery finansowej. Po drugie, wśród naszych studentów mamy osoby, które same zarabiają na opłacenie czesnego, godząc naukę z pracą. Dla nich możliwość pozyskania kredytów i uwolnienie się od konieczności podjęcia się dodatkowego zajęcia poprawiłaby zapewne komfort studiowania, co wpłynęłoby pozytywnie na osiągnięte efekty edukacyjne – informuje dr Janusz Ligęza, prodziekan Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. A. F. Modrzewskiego.

JEST KIJ, NIE TYLKO MARCHEWKA

I rzeczywiście, dla wielu młodych ludzi może być to jedyna szansa, aby kształcić się w upragnionym zawodzie, a dla uczelni to okazja na dodatkowy zastrzyk gotówki. Tylko czy obowiązek 10-letniej

Kredyt vs bon patriotyczny

Osoby przyjmujące tzw. bon patriotyczny nie będą mogły wliczyć okresu przeznaczanego na jego odpracowanie do okresu odpracowania kredytu na studia medyczne.



pracy w podmiotach z kontraktem z NFZ faktycznie przyciągnie do zawodu osoby z pasją i w pełni oddane pracy lekarza? – Uważam, że sama idea tego projektu jest słuszna, ale zawarte w niej instrumenty lojalnościowe są nie do zaakceptowania. Jeśli chcemy kogoś przekonać, aby pracował w danym miejscu, to trzeba mu stworzyć warunki, które będą go tam przyciągały. Niestety, w stosunku do lekarzy stosuje się metodę kija, a nie marchewki – uważa dr Michał Balsa, członek Prezydium NRL, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy NRL.

Równie kontrowersyjny jest drugi warunek dotyczący umorzenia kredytu, czyli wymóg specjalizowania się w jednej z dziedzin priorytetowych. „Obowiązek podjęcia specjalizacji priorytetowej wydaje się ogromną wadą zaproponowanego projektu” – oceniają przedstawiciele IFMSA-Poland, organizacji zrzeszającej studentów i młodych lekarzy. Przede wszystkim dlatego, że już przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu studiów z opcją kredytu i z zamiarem skorzystania z jego umorzenia jest ograniczany wybór przyszłej ścieżki kariery. Nie wiadomo nawet, wśród jakich specjalizacji będzie można wybierać, bo trzeba będzie rozpocząć jedną z tych, które MZ uzna za priorytetowe w dniu rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.

Czy system kształcenia podyplomowego chociaż zapewni im rezydenturę? – Minister zdrowia przyznaje taką liczbę miejsc rezydenckich, która koresponduje co najmniej z liczbą lekarzy kończących staż podyplomowy w danym roku. Wydaje się, że zasada ta nie powinna ulec radykalnym zmianom. Zatem liczba przyznanych rezydentur będzie kalkulowana w sposób umożliwiający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim, zwłaszcza w dziedzinach uznanych za priorytetowe. Oczywiście, warunkiem rozpoczęcia szkolenia jest i pozostaje

konieczność formalnego zakwalifikowania się na nie – wyjaśnia Justyna Maletka z biura prasowego MZ.

TO NIE ZATRZYMA EMIGRACJI

Resort zdrowia tłumaczy, że pomysł z kredytem na studia medyczne zawiera elementy lojalnościowe, które mają zatrzymać nowy narybek lekarski w kraju i powstrzymać emigrację, która jest jedną z głównych przyczyn braku wystarczającej liczby medyków w Polsce, a jednocześnie ma wzbogacić kadry medyczne o tych specjalistów, których system najbardziej potrzebuje.

Chaos interpretacyjny

W projekcie ustawy dot. tzw. kredytu na studia medyczne zapisano, że umarza się go w całości w przypadku, gdy kredytobiorca po ukończeniu studiów „będzie wykonywał zawód lekarza w Polsce, w ramach praktyki zawodowej lub w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez 10 lat w ciągu 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów”. PNRL w stanowisku z 18 kwietnia br. zwraca uwagę, że wykładnia gramatyczna tego przepisu prowadzi do wniosku, że wymóg udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie dotyczy praktyki zawodowej. Z kolei w uzasadnieniu do projektu wskazuje się na obowiązek odpracowania w „publicznej służbie zdrowia”, a w OSR do projektu jest mowa o obowiązku odpracowania „wyłącznie w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Intencje projektodawcy są, jak się wydaje, jasne, lapsus językowy też, niepewność więc pozostaje.

Podobnie, jak jest w przypadku tzw. bonu patriotycznego dla rezydentów. Tyle tylko, że za granicą na polskich medyków czekają zarobki, które pozwalają na spłatę zobowiązań w krótkim czasie, więc nadzieje, że zatrzymają one lekarzy przed emigracją, mogą okazać się płonne.

To, że lekarze uciekają z Polski, jest faktem. Co więcej, trudny okres pandemii, trwający już ponad rok, jeszcze nasila to zjawisko. W I kwartale br. wydano już niemal 200 zaświadczeń potrzebnych do ubiegania się o pracę na terenie Unii Europejskiej – informuje Naczelna Izba Lekarska. W ocenie samorządu lekarskiego to efekt pogarszających się warunków pracy lekarzy, które uniemożliwiają świadczenie skutecznej pomocy pacjentom, a także generują nierówności płacowe.

Trudno nie odnieść wrażenia, że inicjatywa z kredytem na studia medyczne stwarza techniczną blokadę do emigracji dla określonej grupy absolwentów medycyny, brakuje natomiast systemowych rozwiązań, zachęcających lekarzy do pozostania w kraju. Z licznych badań przeprowadzanych w środowisku lekarskim wyraźnie wynika, że główne powody wyjazdu to niskie wynagrodzenie, złe warunki pracy, brak możliwości zachowania równowagi pomiędzy życiem zawodowym a osobistym, marne perspektywy rozwoju zawodowego i obciążenie obowiązkami administracyjnymi, więc – logicznie rozumując – powinno się wprowadzać mechanizmy, które poprawią środowisko pracy lekarza w Polsce, a nie tworzyć zakazy czy nakazy.

Na ten aspekt zwraca uwagę Prezydium NRL, które w stanowisku z 18 kwietnia podkreśla, że „powstają uzasadnione wątpliwości, czy instytucja kredytu na odpłatne studia na kierunku lekarskim może istotnie zrealizować wskazane w uzasadnieniu projektu ustawy cele tej regulacji, w szczególności ograniczyć zjawisko emigracji lekarzy. Wydaje się, że liczba zainteresowanych skorzystaniem z tej formy wsparcia będzie niewielka. Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę, że emigrację

lekarzy można ograniczyć, wprowadzając przede wszystkim rozwiązania poprawiające warunki pracy lekarzy”.

Co ciekawe, podobne zdanie mają uczący się już studenci zrzeszeni w ramach organizacji IFMSA-Poland, którzy co prawda popierają samą ideę wsparcia młodych ludzi za pomocą kredytu, ale jednocześnie zadają pytanie, czy nie lepiej przeznaczyć planowane na finansowanie kredytów środki na poprawę warunków pracy oraz wynagrodzenia rezydentów. „Lepsza sytuacja po wejściu na rynek pracy mogłaby równie realnie wpłynąć korzystnie na decyzję o pozostaniu w naszym kraju, a zarazem na zwiększenie liczby lekarzy w Polsce” – czytamy w stanowisku IFMSA-Poland.

DRUGIE DNO

Ilu rzeczywiście będzie gotowych skorzystać z oferty kredytu proponowanego przez MZ? W OSR do projektu ustawy przyjęto, że już od roku akademickiego 2021/2022 nastąpi wzrost limitów przyjęć na kierunek lekarski (na odpłatnych studiach w jęz. polskim) aż o tysiąc miejsc w stosunku do limitów obowiązujących w roku akademickim 2020/2021 (było 1239 miejsc). I takie limity mają pozostać na dłużej.

Liczba wydaje się ogromna, tym bardziej, że dotychczas miejsca te nie były wykorzystywane w 100 proc. Jednak czy powodem takiej sytuacji jest wysoki koszt studiowania? Nawet jeśli tak właśnie jest, nie ma gwarancji, że wszyscy potencjalni chętni zdecydują się na kredyt finansowany z budżetu państwa, mając perspektywę, że po studiach nie będą mogli w pełni samodzielnie decydować o dalszych losach swojej kariery.

Sami autorzy projektu ustawy przyznają, że oszacowanie liczby studentów, którzy mogliby skorzystać z wprowadzanych ułatwień, jest trudne. Optymistycznie jednak zakładają, że ze względu na fakt, iż studia na kierunku lekarskim są dobrem powszechnie pożądanym, to „wprowadzenie możliwości odbycia de facto bezpłatnych studiów z pewnością znajdzie szerokie grono odbiorców”.

Kołdra może być za krótka

Odpłatne studia na kierunku lekarskim w jęz. polskim to niemały wydatek.

Ceny rynkowe czesnego za semestr nauki dochodzą nawet do ponad 30 tys. zł. Tymczasem z OSR do projektu dot. kredytu na studia medyczne można wyczytać, że dla rozpoczynających naukę w roku akademickim 2021/2022 ustalono limit kredytu maksymalnie na 16 tys. zł za semestr nauki (stała cena do ukończenia studiów), a dla kolejnych roczników ta kwota ma być zwiększana o 1 tys. zł.

I tutaj rodzi się obawa, czy resort zdrowia nie zacznie zmniejszać limitów przyjęć na nieodpłatnych uczelniach medycznych, zwiększając liczbę miejsc na studiach odpłatnych, i w ten sposób kreować popyt na kształcenie w ramach kredytu na studia z perspektywą umorzenia go po spełnieniu lojalnościowych zobowiązań.

– Bardzo się boję, że przez zwiększanie limitów na odpłatne studia medyczne zacznie się redukcja miejsc bezpłatnych. W efekcie może dojść do tego, że bezpłatna edukacja pozostanie dla nielicznych wybrańców, a reszcie założy się chomąto w postaci kredytu. To kolejny etap świetnego zarządzania kadrami w ochronie zdrowia. Nie zgadzam się na takie traktowanie lekarzy – protestuje dr Michał Balsa. Co na to Ministerstwo Zdrowia? Na pytanie, czy planowanie jest wyhamowanie wzrostu, a może nawet zmniejszenie limitu przyjęć na bezpłatne studia medyczne na kierunku lekarskim, resort odpowiedział, że czyni nieustanne starania w celu zwiększenia limitów kształcenia zarówno na studiach stacjonarnych, jak również na studiach niestacjonarnych na kierunku lekarskim oraz że „nie przewiduje się zmniejszenia limitu przyjęć na studia stacjonarne w języku polskim (studia nieodpłatne) względem roku akademickiego 2021/2022”. Co będzie w praktyce? Trudno przewidzieć. ■

¹ Autorem projektu jest Ministerstwo Zdrowia, przy współpracy Ministerstwa Edukacji i Nauki. Osoba odpowiedzialna: wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski; <https://legislacja.gov.pl/projekt/12344757>

² Obecnie obowiązujące dziedziny priorytetowe to: anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, geriatria, hematologia, kardiologia dziecięca, medycyna paliatywna, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, patomorfologia, pediatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca.

ECMO w walce z COVID-19

Trzecia fala pandemii przyniosła rekordowe wzrosty zakażeń nawet do 30 tys. osób i 600-700 zgonów dziennie, co uplasowało Polskę w niechlubnej czołówce krajów o najwyższej zachorowalności i umieralności na COVID-19 w Europie.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Do niedawna klasycznym pacjentem hospitalizowanym z powodu tej choroby była osoba w średnim wieku i starsza, często obciążona chorobami współistniejącymi.

Obecnie przeważają 30- i 40-latkowie, a więc osoby w sile wieku. Licząc, że sami zwalczą koronawirusa, późno decydują się na leczenie w szpitalu, przez co choroba często przebiega u nich dramatycznie, siejąc spustoszenie szczególnie w płucach. To właśnie oni są potencjalnymi kandydatami do leczenia metodą ECMO, a nawet – transplantacji płuc.

NIEUŁAGANE STATYSTYKI

Personel medyczny pracujący na pierwszej linii frontu walki z pandemią wskazuje, że zgonów byłoby mniej, gdyby zakażeni wcześniej trafiali do szpitali, a ci w najcięższych stanach szybciej byli odłączani od respiratorów i podłączani do ECMO. Dr Tomasz Karauda z oddziału covidowego szpitala im. Barlickiego w Łodzi zastrzega jednak, że na tak wysoką umieralność wpływa wiele czynników, np. to, że część pacjentów przy objawach charakterystycznych dla zakażenia koronawirusem nie wykonuje testów, a pogotowie wzywa dopiero, kiedy ich stan dramatycznie się pogarsza.

– Nieprzetestowanym pacjentom nie możemy podać np. remdesiviru czy tocilizumabu, zanim nie potwierdzimy COVID-19, co opóźnia podjęcie



Pacjent zakażony koronawirusem w stanie krytycznym, podłączony do ECMO na oddziale intensywnej terapii.

właściwego leczenia i pogarsza rokowania. A na wynik PCR muszą oni czekać w izolacji nawet dwa dni – tłumaczy dr Tomasz Karauda. Zapewnia też, że w ratowaniu chorych większym problemem niż respiratory są obecnie deficyty kadrowe lekarzy i pielęgniarek. Sala z chorymi wymagającymi intensywnej opieki powinna być przyporządkowana jednej pielęgniarence, ale w Polsce na jedną pielęgniarkę przypada 4-5 sal z bardzo obciążonymi pacjentami, co się przekłada na jakość opieki. Jest także problem z tlenem, który przecież odgrywa strategiczną rolę w walce o życie pacjentów. Zdarzało się, że na niektórych oddziałach covidowych brakowało go albo pobierano go z butli, ponieważ w szpitalu nie było centralnej instalacji tlenowej.

Dr Karauda uważa, że niewydolność systemu to jedno, ale umieralność w dużej mierze zależy także od przyrostu zakażeń, gdyż statystycznie umiera średnio 2-3 proc. ogólnej liczby zakażonych, więc dane te mają swoje uzasadnienie w nieubłaganych statystykach.

POTRZEBNY PULMONOLOG

Pacjenci, których stan nie wymaga już leczenia w oddziale covidowym, ale nie kwalifikują się do wypisania do domu, ponieważ COVID-19 zaostrzył ich przewlekłe choroby, trafiają do innych oddziałów, przede wszystkim pulmonologicznych, gdzie dalej toczy się walka o ich życie i zdrowie.

– Zmiany w płucach u pacjentów ze śródmiąższowym zapaleniem płuc, u których w czasie choroby covidowej

stosowano metody nieinwazyjnej wentylacji, głównie wysokoprzepływowej tlenoterapii, są w większości na szczęście odwracalne, ale mogą się utrzymywać. Często potrzeba kilku miesięcy, aby nastąpiła zauważalna poprawa wydolności układu oddechowego i należy się liczyć z tym, że już nigdy nie będzie ona stuprocentowa – wyjaśnia prof. Krzysztof Śladek, kierownik Oddziału Klinicznego Pulmonologii i Alergologii SU w Krakowie i nadmienia, że u kilku procent chorych pocovidowe zmiany w płucach, niestety, mogą już pozostać.

Najczęściej u tych, których stan wymagał prowadzenia mechanicznej wentylacji lub podłączenia do urządzenia umożliwiającego pozaustrojowe utlenowanie krwi (ECMO), zastępującego na pewien czas pracę płuc i serca. – ECMO odciąża płuca i pozwala się im goić, ale wielu z tych pacjentów jest w tak złym stanie, że słabo reagują na to leczenie i mimo wysiłków lekarzy umierają – podsumowuje prof. Krzysztof Śladek.

ECMO DAJE CZAS

Pozaustrojowe natlenianie krwi to terapia ostatniej szansy dla najcięższych chorych na COVID-19, którym już nie pomagają respiratory. W ECMO jest wyposażonych w Polsce większość oddziałów kardiologicznych i intensywnej terapii. W sumie jest dostępnych ok. 90 tych urządzeń.

Najwięcej aparatów ECMO oprócz Zabrze jest w Warszawie, Lublinie, Wrocławiu i w Krakowie. To z Krakowa skierowano do ŚCCS dwóch pierwszych pacjentów do przeszczepienia płuc z ciężkimi powikłaniami pocovidowymi tego narządu. – W naszej covidowej części oddziału intensywnej terapii pod koniec kwietnia leżało 35 chorych zakażonych koronawirusem, z czego 90 proc. było wentylowanych przy pomocy respiratorów, a 4 osoby były podłączone do ECMO. Trafiają do nas chorzy w najcięższych stanach i mimo intensywnych działań śmiertelność w oddziale wynosi 61 proc. – mówi prof. Jerzy Wordliczek, kierownik Kliniki Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej UJ CM.

Jak z kolei zaznacza dr Tomasz Drygalski z Oddziału Klinicznego Intensywnej Terapii SU w Krakowie, ECMO to metoda obciążona znacznym ryzykiem ciężkich powikłań, zwłaszcza krwotocznych, związanych z koniecznością podawania

ECMO to metoda znana w Polsce od ponad 30 lat. Urządzenie podłącza się oczekującym na przeszczepienie serca i płuc z różnych wskazań. Zachętą do zastosowania tej aparatury u pacjentów z COVID-19 były dobre rezultaty wykorzystania ECMO u chorych z uszkodzeniem płuc po przechorowaniu tzw. świńskiej grypy.

W Polsce tę metodę po raz pierwszy zastosowano w ŚCCS w Zabrzu dwie dekady temu, kiedy dzięki staraniom prof. Mariana Zembali sprowadzono do kraju 12 pierwszych urządzeń. Tam też szkolono personel. Kiedy trzy miesiące po wybuchu epidemii grypy AH1N1 w Kanadzie, dotarła ona do Polski, istniały tu już ośrodki ECMO, które mogły być wykorzystane do ratowania chorych. Mobilnym ECMO dysponuje m.in. zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, co umożliwia transport ciężko chorego pacjenta z niewydolnością oddechową.

preparatów przeciwzakrzepowych i nie u każdego pacjenta covidowego można ją zastosować. – Kryteria kwalifikacyjne są więc bardzo restrykcyjne, terapia ta najczęściej stosowana jest u osób młodych, bez chorób współistniejących – przestrzega dr Drygalski. Do końca kwietnia w tej placówce podłączono do ECMO 21 chorych na COVID-19, dwóch z nich jest po przeszczepieniu płuc, czterech kolejnych odzyskało sprawność oddechową.

– To świadczy, jak trudne są to decyzje. Jeśli w ciągu kilkunastu czy kilkudziesięciu dni leczenia uda się uniknąć powikłań, to widzimy szansę na poprawę wydolności płuc. Należy podkreślić, że

W ECMO jest wyposażonych w Polsce większość oddziałów kardiologicznych i intensywnej terapii. W sumie jest dostępnych ok. 90 tych urządzeń.

ECMO nie jest metodą, która bezpośrednio leczy, natomiast daje czas na regenerację uszkodzonym płucom – podkreśla dr Drygalski. Sprzęt do ECMO jest wciąż udoskonalany, dokonał się też postęp w intensywnej terapii, odkąd odkryto, że śmiertelność chorych można obniżyć, stosując m.in. tzw. wentylację protekcyjną z radykalnie obniżoną objętością oddechową i wysokimi wartościami ciśnienia końcowo-wydechowego.

KIEDY PRZESZCZEPIENIE

Część pacjentów prowadzona na ECMO już nie odzyska sprawności układu oddechowego. Płuca są u nich tak zniszczone koronawirusem i działaniami ratującymi

życie, że jedynym, co pozostaje, jest transplantacja nowego narządu. – Do niedawna do przeszczepienia płuc byli kwalifikowani chorzy z niewydolnością płuc wskutek mukowiscydozy i przewlekłego obturacyjnego zapalenia tego narządu lub zwłóknień na tle przewlekłych stanów zapalnych, obecnie dołączyli do nich pacjenci pocovidowi i jest to coraz liczniejsza grupa chorych, głównie podłączonych do ECMO – mówi prof. Lech Cierpka, konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej, i przypomina, że weryfikacja osób kwalifikowanych do przeszczepienia musi uwzględniać także ich dobry stan ogólny.

Leczenie koronawirusa u młodych pacjentów przebiega inaczej, szczególnie u tych otrzymujących sterydy. Ich organizmy mogą dużo lepiej reagować na ECMO i znieść przeszczepienie płuc. Pandemia COVID-19 spowodowała, że zapotrzebowanie na te zabiegi znacznie wzrosło, ale nadal jest to metoda ratowania życia skierowana do nielicznych chorych. Przede wszystkim dlatego, ponieważ zależy od liczby dawców narządów, a w czasie pandemii zmalała liczba pobrań narządów do przeszczepień, ponieważ wszystkie siły w postaci zespołów anestezjologicznych zostały skupione na chorych zakażonych koronawirusem.

Najwięcej transplantacji w związku z niewydolnością płuc wskutek przebytego COVID-19 przeprowadziły w ciągu ostatniego roku ośrodki w Zabrzu i Gdańsku. Prof. Lech Cierpka przewidywa, że pacjentów z powikłaniami pocovidowymi (zwłóknienia płuc) będzie przybywać. Wprawdzie nie będą oni potrzebować natychmiastowego podłączenia do ECMO i transplantacji, ale z powodu przewlekłej niewydolności płuc znajdą się w grupie potencjalnych kandydatów do przeszczepienia tego narządu w przyszłości. ■

Kryzys wytycza nowe kierunki

Z prof. Markiem Krzystankiem, kierownikiem Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz lekarzem prowadzącym Oddział Diennej Rehabilitacji Psychiatrycznej w Górnośląskim Centrum Medycznym SUM w Katowicach, rozmawia Marta Jakubiak.

Jak pandemia wpływa na kondycję psychiczną lekarzy?

Im dłużej trwa, tym trudniej jest radzić sobie ze stresem. To z kolei może prowadzić do wyczerpania i przewlekłego zmęczenia, a w odległej konsekwencji do pogorszenia zdrowia psychicznego, a nawet fizycznego. Z pandemią jest jak z każdym dystresem – zdolności adaptacyjne człowieka do kryzysowej sytuacji zmniejszają się, a następnie kończą.

Na pewno wizja końca pandemii pomogłaby wszystkim, jednak na razie nie ma takiej perspektywy. Można spodziewać się więc nasilania dystresu i jego konsekwencji: występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych, zespołu stresu pourazowego czy postaci neurastenii.

A jak sytuacja epidemiczna wpływa na Polaków?

Odpowiem przez pryzmat pacjentów, których leczę. Osiem osób na dziesięć zgłaszających się do mnie, jako przyczynę pogorszenia samopoczucia podaje pandemię, w tym np. ograniczenia w poruszaniu się, utrudnienia w prowadzeniu działalności gospodarczej czy też utratę pracy. Dla większości trudna jest też praca zdalna i brak kontaktów międzyludzkich, które zaspokajają naturalną dla człowieka potrzebę relacji. To wszystko jest wielkim stresorem społecznym.

Dodatkowo istotną, niestety negatywną rolę odgrywają media. Pacjenci skarżą się, że dziennikarze sięją panikę i że nie zależy im na uspokajaniu ludzi, tylko na wzbudzaniu sensacji. SARS-CoV-2 jest odpowiedzialny za pandemię choroby wirusowej, a media za pandemię strachu. Trudno to zatrzymać. Ostatnio podczas wywiadu dla jednej z gazet powiedziałem, że mam nadzieję, iż powszechna akcja szczepień przywróci życie do normy. Było to jedynie zdanie, które nie zostało opublikowane.

Jest jeszcze jedna alarmująca rzecz. W poradniach, w których w większości przypadków prowadzimy wizyty zdalne, liczba pacjentów zmniejszyła się mniej więcej o jedną trzecią.



Prof. Marek Krzystanek: – Z pandemią jest jak z każdym dystresem – zdolności adaptacyjne człowieka do kryzysowej sytuacji zmniejszają się, a następnie kończą.

Dlaczego tak się stało?

Ponieważ z powodu pogorszenia zdrowia psychicznego pacjenci trafili do szpitali.

Jak można wykorzystać nowe technologie w diagnostyce i leczeniu zaburzeń psychicznych w kontekście COVID-19?

Osobiście jestem orędownikiem wykorzystania telemedycyny dla poprawy dostępności usług medycznych i wprowadzania cyfrowych form leczenia, czyli aplikacji medycznych wykorzystujących rzeczywistość wirtualną albo algorytmy sztucznej inteligencji. Wymyślam, tworzę i wdrażam takie aplikacje. W latach 2013-2015 prowadziłem największe na świecie badanie telemedyczne, w którym 300 osób z rozpoznaniem schizofrenii przez rok było leczonych zdalnie – za pośrednictwem połączenia wideokonferencyjnego. Zebrane wówczas dane pokazały, że takie leczenie jest ekwiwalentne co do skuteczności w stosunku do tego tradycyjnego w ambulatorium. Dlatego, kiedy rozpoczął się lockdown, wiedzieliśmy, że terapia online jest skuteczna i bezpieczna dla naszych pacjentów. Sam zachęcałem psychiatrów i lekarzy POZ, żeby w ograniczonym pandemią dostępie do leczenia stacjonarnego nie zaprzestawali terapii, ale przechodzili na leczenie zdalne. Myślę, że wideowizyty będą już stałym elementem praktyki lekarskiej. Dodatkowo mobilne aplikacje medyczne dadzą wiele nowych możliwości, wykorzystując np. rzeczywistość wirtualną do relaksacji i leczenia ekspozycyjnego w fobiach albo fonoterapię do leczenia zaburzeń psychicznych, a nawet somatycznych.

Nad czym pan pracuje obecnie?

Wspólnie z dr. Markiem Balickim działamy na rzecz stworzenia telemedycznego systemu centrów zdrowia psychicznego, dzięki którym funkcjonowanie psychiatrii środowiskowej będzie sprawniejsze. Z kolei z prof. Henrykiem Mazurkiem opracowujemy aplikację do rehabilitacji oddechowej. To działanie podjęte w kontekście choroby COVID-19. Pacjent widzi na ekranie wzorcowy oddech i synchronizuje swój z zaprogramowanym w aplikacji cyklem treningowym. To może być bardzo nowatorskie i pomocne dla tych, którzy przeszli ciężką postać infekcji z zapaleniem płuc.

Jak głęboko nowe technologie weszły już do praktyki?

Leczenie pacjentów przy wykorzystaniu telemedycyny to obecnie w psychiatrii standard. Większość spotkań odbywamy za pośrednictwem wideokonferencji. Jeśli zaś chodzi o aplikacje, o których wspominałem, nie są one jeszcze szeroko stosowane. Ich wprowadzenie w życie to niedaleka przyszłość, muszą jednak być dobrze przygotowane i przebadane, zanim zacniemy je stosować w praktyce. Te nowe narzędzia mają wspierać proces terapii w okresach pomiędzy konsultacjami z lekarzem i psychoterapeutą.

Czy powstawanie ruchów antymaseczkowych, antycovidowych czy antyszczepionkowych to przejaw zaburzeń?

To skrajności. Niektórzy mają maseczkę, kiedy sami jadą samochodem, a inni jej nie zakładają nawet wtedy, gdy narażają się na kontakt z wirusem. Podobne skrajności obserwuję również w świecie nauki – są np. osoby, które twierdzą, że większość zgonów na COVID-19 dotyczy chorych umierających nie z powodu infekcji koronawirusem, tylko w związku z zaostrzeniem chorób towarzyszących.

Co jest przyczyną takich aktywności?

Natura ludzka. Jesteśmy bardzo różni i inaczej reagujemy na różne sytuacje. Jest wiele patologii społecznych, które drążą świat. Lenistwo, niedojrzałość, niekompetencja. Wszyscy jesteśmy za to odpowiedzialni, każdy z osobna i jako społeczeństwo. Lekarze powinni edukować i tłumaczyć, jaka jest skala problemu pandemii i uświadamiać pacjentom, że każdy z nich jest odpowiedzialny za siebie, za swoje decyzje i wybory. Lekarz wspiera i prowadzi pacjenta, ale każdy indywidualnie odpowiada, czy zechce zastosować się do zaleceń.

Pod prąd zdają się płynąć także niektórzy przedstawiciele środowiska medycznego. Wystarczy wspomnieć choćby „Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa SARS-CoV-2 – list otwarty do Prezydenta i Rządu RP”. Był pan jednym z sygnatariuszy tego listu.

Kiedy w październiku 2020 r. podpisałem „List otwarty polskich lekarzy, naukowców i pracowników służby zdrowia do polskich władz oraz mediów”, nie było jeszcze żadnej szczepionki, ale zapowiadano, że jeśli się pojawi, będzie obowiązkowa. Obserwowaliśmy wówczas narastanie problemów zdrowotnych u osób, które z powodu restrykcji w poruszaniu się, nie mogły uzyskać pomocy lekarza. Uznałem, że należy rozpocząć debatę publiczną na te tematy i chociaż nie zgadzałem się z częścią wyrażanych w tamtym liście stwierdzeń, pomyślałem, że swoim nazwiskiem wzmocnię przekaz prowokujący do dyskusji.

Niestety, moje nazwisko wykorzystano także do podpisania kolejnego dokumentu – tego, o który pani pyta. Apelu antyszczepionkowego nie podpisywałem i nie autoryzowałem. Zażądałem natychmiastowego wycofania mnie jako sygnatariusza, co zostało zresztą zrobione. Niestety, z tego co wydarzyło się poza moją wiedzą i zgodą musiałem się później tłumaczyć. Wysłałem oświadczenie do kancelarii Prezydenta i Premiera RP, do Naczelnej Izby Lekarskiej i do kilkudziesięciu portali internetowych. Ogromne wsparcie otrzymałem wtedy ze strony kolegów lekarzy i naukowców, moich studentów oraz pracodawców, rektora Tomasza Szczepańskiego i dyrektora Klaudii Rogowskiej. W takich momentach dobrze jest doświadczyć, że ma się przyjaciół.

**Człowiek, żeby być
szczęśliwym, musi mieć
zaspokojone potrzeby
biologiczne i psychologiczne.
Jedną z nich jest potrzeba
bezpieczeństwa.**

Dlaczego dokonywane są takie manipulacje?

Nie rozumiem, dlaczego tak się dzieje. Może dlatego, że w każdym środowisku istnieją różne grupy interesów, które chcą zagospodarować sytuację kryzysu dla własnych celów. Tak naprawdę nie wiem, czym kierowali się autorzy przywołanego apelu. Nie znam ich. Myślę, że wierzą w to, co napisali. Ja w to nie wierzę i dlatego się od tego odciąłem. I to nawet nie jest kwestia wiary, tylko wiedzy. Jeżeli jedna ze szczepionek została przetestowana na kilkudziesięciu tysiącach osób, to nie można twierdzić, że jest nieprzebadana. Jestem racjonalnym naukowcem i lekarzem, który bazuje na wiedzy medycznej, a nie na własnych przekonaniach i chcę zamknąć każdy wątek łączący mnie z tą sprawą.

Na pewno wizja końca pandemii pomogłaby wszystkim, jednak na razie nie ma takiej perspektywy. Można spodziewać się więc nasilania dystresu i jego konsekwencji: występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych, zespołu stresu pourazowego czy postaci neurastenii.

Chorował pan na COVID-19?

Tak, w grudniu, i przeszedłem infekcję bardzo łagodnie. Sprawdziłem ostatnio poziom przeciwciał i okazało się, że spadł poniżej rekomendowanej normy. Jestem już po pierwszej dawce szczepionki. Czekam na drugą. Głęboko wierzę, że powszechna akcja szczepień zakończy ten jeden z największych kryzysów zdrowotnych w historii ludzkości, choć szczepionka zapewne zostanie z nami na lata.

Jakie niebezpieczeństwa dla ludzkich emocji niesie pandemia?

Człowiek, żeby być szczęśliwym, musi mieć zaspokojone potrzeby biologiczne i psychologiczne. Jedną z nich jest potrzeba bezpieczeństwa. Pandemia nam je odebrała. Zadaniem medycyny, ale również administracji państwowej i mediów, jest przywracanie utraconego poczucia bezpieczeństwa. Ludzie muszą wiedzieć, co mają robić, żeby zmniejszyć ryzyko infekcji, mieć możliwość uzyskania opieki medycznej w momencie wystąpienia objawów i perspektywę końca epidemii. Media powinny przekazywać informacje tak, by wzmacniać ludzi i mobilizować ich, a nie straszyć i codziennie epatować raportami o liczbie zgonów. To nie ułatwia przetrwania trudnego czasu, tylko osłabia, prowadzi do lęku, depresji, a także do pogorszenia kondycji i wystąpienia chorób somatycznych.

Musimy zaprogramować się na zdrowie i dbać o odporność psychiczną, bo ma ona kluczowe znaczenie dla odporności immunologicznej. Pamiętajmy też jednak, że pandemia, jak każdy kryzys, jest potężnym impulsem do

rozwoju i zmian. Wierzę, że medycyna i nauka sprostą każdemu wyzwaniu.

W jakim stopniu i w których obszarach będzie potrzebna pocovidowa rehabilitacja psychiatryczna?

Myślę, że kiedy epidemia się skończy, ludzie szybko wrócą do normalności. Na razie pomagamy tym, którzy mają problemy psychiatryczne spowodowane przewlekłym stresem wywołanym zagrożeniem COVID-19. Przekonujemy pacjentów, że nie można się poddawać, że trzeba żyć, a kryzys może wzmocnić i wytyczyć nowe kierunki. W moim otoczeniu powstała idea utworzenia pocovidowej poradni zdrowia psychicznego, gdzie planujemy w przyszłości prowadzić terapie.

O czym mówi się teraz w lekarskiej dyżurce?

Najczęściej rozmawiamy o kwestiach dotyczących skuteczności szczepionki. Alarmujące są bowiem przytaczane przez media, a wyciągane z kontekstu fragmentaryczne informacje, że szczepionki są nieskuteczne albo że ludzie z ich powodu umierają. O tym, która szczepionka jest lepsza, która gorsza, mówi się dziś nie tylko w dyżurkach. Byłem świadkiem gorącej dyskusji pacjentów przed gabinetem szczepień.

Bardzo dużo uwagi poświęcamy też utrudnieniom w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej z powodu konieczności odbywania kwarantanny. Co jakiś czas niestety mamy też u siebie stan zatrzymania pracy na oddziałach dziennych w klinice, kiedy okazuje się, że pacjent, z którym mieliśmy kontakt, był zakażony. Jesteśmy już zaszczepieni, ale narodowa akcja szczepień przebiega wolno, więc obawiamy się o swoich bliskich i znajomych. Nie chcemy pośredniczyć w przekazaniu im wirusa. ■

Sekcja Naukowa Psychoterapii PTP apeluje

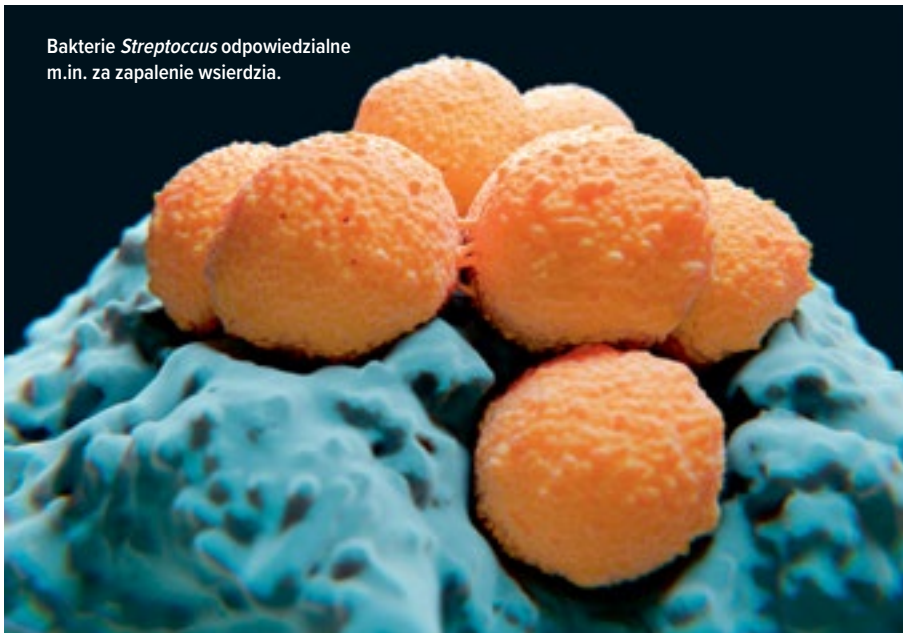
„Terapeuta z oznakami choroby powinien zostać w domu” – apelują autorzy „Listu dotyczącego konieczności przestrzegania przez psychoterapeutów reżimu sanitarnego w trakcie epidemii COVID-19”, który 31 marca opublikowano na stronie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

To reakcja na docierające do PTP sygnały, że w niektórych środowiskach część terapeutów po zaszczepieniu i osiągnięciu odpowiedniego poziomu przeciwciał porzuca zasady DDM, kontaktuje się bez maseczek i w mniejszym dystansie. Zdarza się też, że w zespołach i w gabinetach do pracy przychodzą terapeuci podziębieni, którzy uważają, że nie stanowią zagrożenia. „Wiemy, że wielu z nas jest sfrustrowanych ograniczeniami, zwłaszcza dotyczącymi kontaktu i bliskości, jednak ignorowanie zaleceń powoduje, że w gruncie rzeczy możemy stanowić zagrożenie dla pacjentów, co nigdy nie powinno mieć miejsca” – podkreślają autorzy listu.

NAUKA W PIGUŁCE

Czas nie gra roli

Bakterie *Streptococcus* odpowiedzialne m.in. za zapalenie wsierdza.



Udar przedoperacyjny przed zabiegiem kardiochirurgicznym nie zwiększa ryzyka udaru pooperacyjnego – do takich wniosków doszli amerykańscy naukowcy z Indiana University School of Medicine, praktykujący w Indiana University Health Methodist Hospital, którzy pod koniec kwietnia na łamach „Nature” opublikowali wyniki swoich badań.

Celem naukowców było zbadanie, w jaki sposób czas operacji kardiochirurgicznej

po udarze wpływa na wyniki pooperacyjne. Pacjenci zostali sklasyfikowani na podstawie obecności zapalenia wsierdza i pogrupowani według czasu przedoperacyjnego udaru w stosunku do operacji kardiochirurgicznej:

- niedawny (udar w ciągu dwóch tygodni przed operacją),
- pośredni (od dwóch do sześciu tygodni przed operacją),
- odległy (ponad sześć tygodni wcześniej).

Wyniki pooperacyjne porównano między grupami. W badaniu wzięło udział 157 pacjentów: 54 z zapaleniem wsierdza i 103 bez niego. Wśród nich byli chorzy z następujących grup sklasyfikowanych wg czasu wystąpienia przedoperacyjnego udaru: 47 niedawny, 26 pośredni i 84 odległy.

We wszystkich trzech podgrupach trzydziestodniowy odsetek śmiertelności i częstości występowania pooperacyjnych udarów mózgu był podobny zarówno u pacjentów z zapaleniem wsierdza, jak i bez niego. Śmiertelność wynosiła u nich 30 proc.

„Wydaje się, że to, kiedy po wystąpieniu udaru przeprowadzona zostanie operacja kardiochirurgiczna, nie wpływa na wystąpienie udaru pooperacyjnego ani na śmiertelność. Jeśli dojdzie do udaru pooperacyjnego, w jego następstwie śmiertelność jest wysoka” – piszą autorzy badań.

„Przy podejmowaniu decyzji o terminach operacji kardiochirurgicznej bierze się pod uwagę wiele czynników, ale obecność i rodzaj przedoperacyjnego udaru może nie odgrywać większej roli” – sugerują badacze. ■

Źródło: nature.com

Długość snu a stan kości

Naukowcy z Tajwanu dokonali przekrojowej analizy związku między czasem trwania snu a ryzykiem wystąpienia osteoporozy u dorosłych.

Wyniki wskazują, że czas snu <5 godz./dobę był związany z wyższym ryzykiem niskiej gęstości kości u kobiet w wieku >50 lat ze złą jakością snu. „Nasze odkrycia uzupełniają aktualną wiedzę dotyczącą zależności między zdrowiem kości a połączonym wpływem czasu trwania / jakości snu oraz płci” – czytamy na łamach „Nature”, gdzie ukazała się praca.

W literaturze wpływ snu na gęstość kości w warunkach klinicznych różni się

w zależności od definicji normalnego czasu trwania snu, jakości snu, wybranej populacji i narzędzi diagnostycznych gęstości kości. Celem naukowców z Taipei Medical University było zbadanie związku pomiędzy gęstością mineralną kości (ocenianą metodą absorpcyjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej energii) a czasem trwania / jakością snu w zdefiniowanej populacji dorosłych na podstawie National Health and Nutrition Examination Survey.

Podstawowe zmienne, choroby metaboliczne i gęstość kości szyjki kości udowej, określone za pomocą

absorpcyjometrii rentgenowskiej o podwójnej energii, zostały posegregowane i przeanalizowane według różnych długości snu (1–4, 5–6, 7–8 i >9 godz./dobę) i jakości snu w modelach regresji wielomianowej. W sumie przeanalizowano 12 793 osób.

„Nasze wyniki dowodzą, że kobiety w wieku >50 lat z czasem snu <5 godz./dobę miały o 7,35 większe prawdopodobieństwo wystąpienia osteoporozy niż te z innych grup” – podsumowują badacze. ■

Źródło: nature.com

Pogoda a wizyty w POZ

„Możliwość zastosowania uniwersalnego wskaźnika odczuć cieplnych do przewidywania zwiększonej ilości przypadków infekcji dróg oddechowych: podejście poprzez modelowanie matematyczne” – pod takim tytułem w „International Journal of Biometeorology” ukazała się praca Macieja Bocheńskiego, Jerzego Romaszko i wsp.

Infekcje dróg oddechowych (zarówno wirusowe, jak i bakteryjne) są jedną z najczęstszych przyczyn wizyt pacjentów w punktach podstawowej opieki zdrowotnej. W artykule przedstawiono analizę związku między wskaźnikiem opisującym

warunki pogodowe (UTCI) i ilością zgłoszeń pacjentów do POZ (na podstawie danych zebranych na terenie Olsztyna w latach 2012-2015).

UTCI to wskaźnik opisujący odczuwalną przez organizm temperaturę. Wyliczany jest na podstawie danych meteorologicznych, takich jak: temperatura powietrza, wilgotność, siła wiatru, nasłonecznienie. Zakres UTCI w granicach 9-26 punktów uznaje się za neutralny dla człowieka. Powyżej mamy do czynienia z różnym nasileniem stresu gorąca, zaś poniżej – stresu zimna.

Badania opisane w artykule wykazały, że UTCI jest skutecznym, wyprzedzającym

predykatorem ilości zgłoszeń do POZ w związku z infekcjami dróg oddechowych. Między 7 a 14 dni po zejściu UTCI w zakres silnego (-27 do -13) i bardzo silnego stresu zimna (-40 do -27) odnotowywano nagłe, znaczące wzrosty ilości zgłoszeń do POZ. Oznacza to, że z samych odczytów meteorologicznych można szacować momenty początku okresów ze zwiększoną ilością infekcji dróg oddechowych w populacji zamieszkującej dany teren. Co więcej, korzystając z prognoz meteorologicznych, można uzyskać przewidywane okresy zwiększonej liczby infekcji z wyprzedzeniem przekraczającym 14 dni. ■



36. ZJAZD PTP JUŻ W CZERWCU

Zbliża się XXXVI Zjazd Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Wydarzenie odbędzie się w dniach **17-19 czerwca** – po raz pierwszy, ze względu na pandemię COVID-19, w formule online. Wykłady będą transmitowane na żywo, równolegle w trzech sesjach. Wydarzenie jest organizowane co dwa lata, w tym roku pod hasłem „Zdrowie dziecka wyzwaniem dla pediatrii”. Program jest wypełniony warsztatami i wykładami o bogatej tematyce. Przewodniczącymi Komitetu Naukowego zjazdu zostali prof. Teresa Jackowska, konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii, oraz prof. Jarosław Peregud-Pogorzelski, prezes PTP. „Gazeta Lekarska” objęła patronatem medialnym to wydarzenie. Aktualne informacje na stronie www.zjazdpediatrow.pl oraz na www.gazetalekarska.pl.



ŚWIĘTO POLSKICH CHIRURGÓW

W dniach **15-18 września** w Toruniu odbędzie się 70. Jubileuszowy Kongres Towarzystwa Chirurgów Polskich. Spotkanie jest doskonałą okazją do wymiany doświadczeń w zakresie nowoczesnej, polskiej i światowej, chirurgii. Przewodniczącym Komitetu Naukowego i Organizacyjnego kongresu jest prof. Marek Jackowski, prezes Towarzystwa Chirurgów Polskich. Program jest bogaty w wystąpienia uznanych ekspertów zarówno z Polski, jak i z zagranicy. Poza wykładami dla uczestników przygotowano też możliwość wzięcia udziału w kursach i warsztatach doskonalących praktyczne umiejętności. Patronami honorowymi wydarzenia zostali m.in. marszałek Senatu RP Tomasz Grodzki oraz prezes NRL Andrzej Matyja. „Gazeta Lekarska” została patronem medialnym kongresu. Więcej informacji na stronie www.kongrestchp.pl oraz na www.gazetalekarska.pl.

REKLAMA

COVID-19 A CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

Alergia, astma i SARS-CoV-2

U alergików i astmatyków leczonych kortykosteroidami
wziewnymi COVID-19 przebiega łagodniej.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Katar sienny, nieżyt nosa, kaszel, świszczący oddech, łzawienie oczu czy zapalenie spojówek to typowe objawy alergii wziewnej, a kiedy jest szczyt pylenia roślin, są one szczególnie nasilone. Jednak podobne objawy mogą również wskazywać na zakażenie SARS-CoV-2 (zwłaszcza teraz, podczas trzeciej fali pandemii, wcześniej charakterystyczne były przede wszystkim utrata węchu i smaku).

Podobieństwo objawów występuje także w przypadku astmy oskrzelowej i COVID-19 (np. duszność). Specjaliści w dziedzinie alergologii i pulmonologii chcą na to uczulić lekarzy POZ, gdyż zarówno przebieg tych chorób, jak i ich leczenie różnią się, co wpływa na prowadzenie terapii.

BONUSEM ŁŁEJSZY PRZEBIEG?

Osoby z alergią wziewną i astmą oskrzelową mają osłabioną funkcję śluzówki dróg oddechowych, przez co są bardziej podatne na infekcje wirusowe, w tym SARS-CoV-2. O ich sytuacji w czasie pandemii dyskutowali alergolodzy, pulmonolodzy oraz specjaliści medycyny rodzinnej podczas jednego z paneli na XV Forum Organizacji Pacjentów. Zaobserwowano, że jeśli u astmatyków i alergików dojdzie do zakażenia koronawirusem, to przebieg COVID-19 jest łagodniejszy. Wprawdzie przede wszystkim zależy on od wydolności układu immunologicznego chorego, to jednak duże znaczenie w tym wypadku ma przyjmowanie wziewnych leków przeciwzapalnych działających miejscowo (glikokortykosteroidów).

Eksperci byli zgodni, że uszkodzenia płuc dotyczą niewielkiego odsetka tych chorych. Zniszczenia tego narządu mimo zakażenia koronawirusem (w przypadku COVID-19 dochodzi do tzw. burzy cytokinowej) były zdecydowanie mniejsze niż u pacjentów, którzy nie przyjmowali leków wziewnych, np. na astmę oskrzelową. Ich obserwacje kliniczne są zgodne z wynikami badań naukowych: korzystny efekt włączenia steroidów wziewnych do leczenia COVID-19, zwłaszcza przy pierwszych symptomach choroby, może zmienić sposób postępowania w tej chorobie.

TERAPIA TRÓJSKŁADNIKOWA

Z danych Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP wynika, że w Polsce na astmę choruje ponad 4 mln osób, ale tylko 2,2 mln ma postawione właściwe rozpoznanie. Spośród tych, u których zdiagnozowano chorobę, tylko u 30 proc. jest ona w pełni kontrolowana, a u pozostałych 70 proc. kontrola jest suboptymalna lub nie ma jej wcale. Idąc dalej, 90 proc. pacjentów zaprzestaje stosowania wziewnych leków przeciwzapalnych już po pierwszym miesiącu leczenia. Kiedy dochodzi do zaostrzenia choroby i ponownego pojawienia się duszności, chory stosuje krótko działające beta-2-mimetyki, leki rozszerzające oskrzela – SABA, ale granica ich stosowania wynosi mniej niż trzy opakowania w ciągu roku, a ponad 5 proc. chorych na astmę zażywa rocznie aż 12 opakowań, co prowadzi do ciężkiej postaci tej choroby i konieczności leczenia sterydami doustnymi.

Jednak zdaniem ekspertów uczestniczących w panelu dyskusyjnym niestosowanie się do zaleceń lekarza to nie jedyny problem zbyt słabej kontroli pacjentów z astmą oskrzelową – to także wynik nie trafionego leczenia ordynowanego przez lekarzy POZ, którzy są pierwszymi osobami stykającymi się z pacjentem z podejrzeniem astmy. Okazuje się, że tylko co 12. lekarz POZ zna wytyczne GINA (Global Initiative for Asthma), a mniej niż 25 proc. ma wiedzę na temat kryteriów stosowania SABA w astmie kontrolowanej. Dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, zadeklarowała, że towarzystwo będzie dążyć do tego, aby każdy lekarz POZ znał wytyczne GINA i wiedział, jak właściwie prowadzić pacjenta, aby jego choroba była kontrolowana.

Obecnie pacjenci na początku leczenia często nie otrzymują leków przeciwzapalnych, a leki rozszerzające oskrzela – choć wytyczne GINA mówią, że powinni otrzymać sterydy wziewne wraz z lekami rozszerzającymi oskrzela. Sytuację może zmienić zarejestrowany niedawno lek łączący w jednym inhalatorze trzy leki wziewne: LABA – długo działający beta-2-mimetyk, LAMA – długo działający cholinolityk i GKS – wziewny glikokortykosteroid. Terapia trójskładnikowa jest podawana w postaci pojedynczego wziewu raz na dobę z jednego inhalatora. W kontekście szalejącej obecnie pandemii nowoczesne leczenie astmy podwójnie zyskuje na znaczeniu – pacjent unika zaostrzeń tej choroby i stosowania doustnych sterydów, a w razie zakażenia koronawirusem może liczyć na łżejszy przebieg COVID-19. ■

COVID-19 A CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

Koronawirus im niestraszy?

Z dr. n. med. Piotrem Dąbrowieckim z Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii
Wojskowego Instytutu Medycznego, przewodniczącym Polskiej Federacji
Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jak chorzy z alergią i astmą przechodzą COVID-19?

Na początku pandemii SARS-CoV-2 byliśmy przerażeni, jak nasi pacjenci poradzą sobie z tym wirusem. Obawialiśmy się, że mając chorobę płuc, będą bardziej podatni na zakażenie i ciężiej będą je przechodzić. Paradoksalnie okazało się, że ta grupa chorych łagodniej choruje i rzadziej się zakaża, co może być związane z ochronnym działaniem sterydów wziewnych, stosowanych rutynowo w terapii chorych z alergią lub astmą.

Czym to tłumaczyć?

Badania *in vitro* prowadzone nad oddziaływaniem sterydów wziewnych na układ oddechowy na poziomie komórkowym wykazały, że leki te hamują replikację SARS-CoV-2. Niedawno w „The Lancet” opublikowano badania, które wskazują, że zastosowanie budesonidu u chorych z COVID-19, którzy nie mają astmy, także istotnie zmniejsza ilość i jakość objawów tej infekcji, ale trzeba jeszcze odpowiedzieć na wiele pytań – w jakim momencie zastosować tego rodzaju terapię, w jakich dawkach, na jak długo i czy można u nich podawać sterydy wziewne profilaktycznie. Kolejne badania są w toku.

Mówi się, że leczenie alergii i astmy jest słabo kontrolowane.

To problem, który w kontekście pandemii COVID-19 staje się jeszcze bardziej poważny. Zaczyna się od nierozpoznanie astmy na poziomie POZ, co oznacza, że średnio dopiero po 7 latach jest stawiana właściwa diagnoza, mimo że występują ewidentne objawy – kaszel, świsty, duszności. Pacjenci często też rezygnują z przyjmowania wziewnych sterydów, co skutkuje zaostrzeniem objawów. Brakuje edukacji, że astma to choroba przewlekła i odstawienie sterydowych leków wziewnych zaostrza jej przebieg. Wystarczy kontakt z alergenem czy infekcją, by do tego doszło. Dlatego powołaliśmy e-szkółę astmy, gdzie m.in. odbywają się szkolenia dla chorych. W przypadku alergii i astmy leczenie sterydami wziewnymi jest kluczowe, a w kontekście COVID-19 – nieocenione.

A terapia trójkłkowa?

Leczenie astmy dostosowuje się do stopnia ciężkości jej przebiegu, ale już wiemy, że nawet epizodyczne napady tej choroby predestynują do wprowadzenia wziewnych sterydów. Same leki rozszerzające oskrzela to przeszłość. Glikokortykosteroid plus lek rozszerzający oskrzela to podstawa nowoczesnej terapii astmy. Czasami musimy do tego dołączyć trzeci lek (antycholinergiczny). Terapię trójkłkową, gdzie z jednego inhalatora pacjent aplikuje aż trzy preparaty, stosuje się u chorych na 4-5 poziomie wg wytycznych GINA. Chodzi o to, aby jak najwięcej chorych na astmę uniknęło zaostrzeń choroby, a zastosowanie prawidłowej terapii prawdopodobnie zmniejsza także ryzyko infekcji SARS-CoV-2 i rozwoju COVID-19.

Przeciwwskazaniem do szczepień przeciw COVID-19 jest reakcja anafilaktyczna po podaniu szczepionki (pierwszej dawki) oraz ciężka reakcja alergiczna na substancję czynną lub inny składnik szczepionki, a nie alergia *sensu stricto*.

Czy szczepienia przeciw SARS-CoV-2 są bezpieczne dla tej grupy chorych?

Wielu pacjentów, którzy z racji alergii, np. na pyłki brzozy, roztocza czy niesteroidowe leki przeciwzapalne, zostało zdyskwalifikowanych w punkcie szczepień i skierowanych do poradni alergologicznej z prośbą o konsultację. Mając na uwadze, że 30 proc. Polaków to objawowi alergicy (12 mln osób), nie jesteśmy w stanie wszystkich przyjąć.

Przeciwwskazaniem do szczepień przeciw COVID-19 jest reakcja anafilaktyczna po podaniu szczepionki (pierwszej dawki) oraz ciężka reakcja alergiczna na substancję czynną lub inny składnik szczepionki, a nie alergia *sensu stricto*. Jeśli po pierwszej dawce wystąpiła anafilaksja, przed drugą należy wykonać

test alergiczny. Jeśli wynik jest ujemny, podajemy drugą dawkę szczepionki. Anafilaksję trudno przewidzieć, trudno więc prorokować, jak pacjent zachowa się po podaniu szczepionki, nawet jeśli jest uczulony na „wszystko”. Anafilaksja, która wystąpiła u pacjenta po jakiegokolwiek szczepionce w przeszłości, jest wskazówką, że trzeba podjąć inne działania i zaszczepić pacjenta w szpitalu. I tak korzyści ze szczepienia są u tych pacjentów większe niż problemy związane z przyjęciem szczepionki. ■

FARMACJA

Jak pandemia wpłynęła na rynek apteczny?

Wartość rynku farmaceutycznego w Polsce za rok 2020 wyniosła 37,2 mld zł. Gdzie były wzrosty, a w których obszarach zanotowano spadki? Co zmieniła pandemia? Zapraszam do zapoznania się z raportem podsumowującym ten wyjątkowy rok, udostępnionym dzięki uprzejmości firmy IQVIA Polska.

Mariusz Janikowski przewodniczący Zespołu ds. Farmakoterapii i Polityki Lekowej NRL

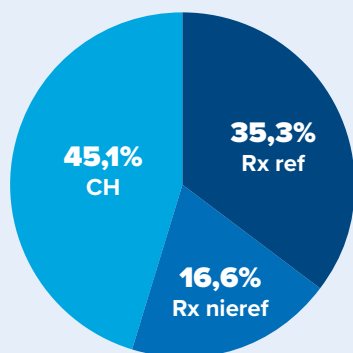
W tym roku prezentujemy materiał dotyczący sytuacji na rynku farmaceutycznym w sposób graficzny, a nie opisowy – zachęcam do przeprowadzenia samodzielnej analizy.

Analizie podlega szczególnie czas – rok początku światowej pandemii

COVID-19. W artykułach z lat poprzednich zauważałem, że „obracamy miliardami” i to się nie zmienia, a nawet odnotowuje się dalszy wzrost o 2,2 proc. Tendencję wzrostową zauważamy szczególnie na rynku leków bez recepty (z rekordowym wzrostem sprzedaży internetowej). Wszelkie rekordy biją wartości obrotów związane ze sprzedażą pulsoksymetrów

i termometrów. Ciekawa jest również analiza dotycząca wystawianych recept i konsultacji lekarskich. Trochę zaskakuje wyraźna dominacja psychiatrii. Próby roku 2020 nie wytrzymały apteki, których liczba uległa znacznej redukcji, na czym skorzystała sprzedaż internetowa. Zachęcam do szczegółowej analizy tych wszystkich zagadnień. ■

STRUKTURA I DYNAMIKA RYNKU LEKÓW



37,2 mld zł
Wartość rynku aptecznego

+2,2%
Dynamika rynku aptecznego rdr

Dane – sprzedaż z aptek stacjonarnych i e-commerce, ceny detaliczne brutto
Struktura i dynamika rynku i jego segmentów – wartościowo
rdr – rok do roku
Rx ref – refundowane produkty na receptę
Rx nieref – nierefundowane produkty na receptę
CH – Consumer Health, produkty bez recepty

Dynamika poszczególnych segmentów rynku aptecznego

+0,4% Dynamika rynku Rx ref rdr	+1,5% Dynamika rynku Rx nieref rdr	+3,9% Dynamika rynku CH rdr	+38,4% Dynamika rynku e-commerce rdr
---	--	---------------------------------------	--

Spadek konsumpcji rdr (oprócz CH), wzrosty cen rdr dla segmentów Rx nieref i CH

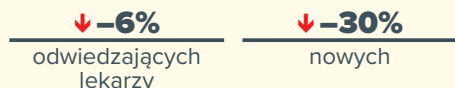
28,30zł Ceny detaliczne Rx ref	29,80zł Ceny detaliczne Rx nieref	15,90zł Ceny detaliczne CH
-10% Dynamika nowych produktów (w liczbie SKU) rdr Rx ref	-30% Dynamika nowych produktów (w liczbie SKU) rdr Rx nieref	+23% Dynamika nowych produktów (w liczbie SKU) rdr CH

Największe wzrosty wartościowo rdr w CH:

+2 384% pulsoksymetry	+312% termometry
---------------------------------	----------------------------

PACJENCI I LEKARZE

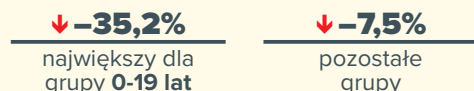
Spadek rdr liczby pacjentów:



Spadek rdr liczby wystawianych recept przez lekarzy:

↓ **-8%**

Spadki rdr w liczbie wystawianych recept wg wieku:



↓ Największe spadki rdr dla pacjentów z:

- infekcją
- alergią
- chorobami mięśni i stawów

↑ Największe wzrosty rdr dla pacjentów z:

- depresją
- padaczką
- schizofrenią

Największe negatywne zmiany rdr w liczbie wystawionych recept wg specjalizacji lekarskiej:



Najmniejsze negatywne zmiany rdr w liczbie wystawionych recept wg specjalizacji lekarskiej:



Dane – lecnictwo otwarte
rdr – rok do roku

DYNAMIKA RYNKU APTEK

13 432

Liczba aptek i punktów aptecznych w grudniu 2020

↓ **-345**

Spadek liczby aptek rdr

↓ **-205**

Zmiana rdr liczby aptek indywidualnych w grudniu 2020 rdr

↓ **-140**

Zmiana rdr liczby aptek w sieciach 5+ w grudniu 2020

Średnia cena w aptekach:

17,07 zł
leku OTC

21,56 zł
kosmetyku

Średni obrót miesięczny w aptekach w grudniu 2020:

159 tys. zł
1-4

316 tys. zł
sieciowych 5+

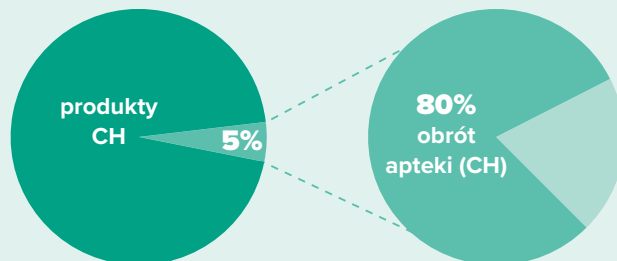
W grudniu 2020 rynek aptek stacjonarnych to:
3,08 mld zł

Zmiana rdr: ↓ **-3,5%**

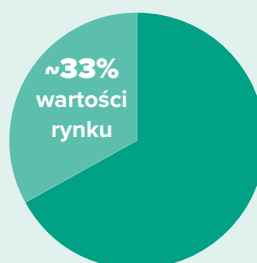
W grudniu 2020 rynek sprzedanych opakowań to:
147,1 mln

Zmiana rdr: ↓ **-9,2%**

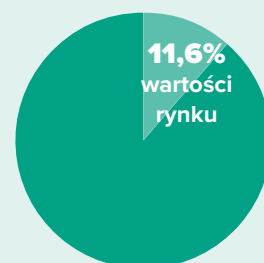
5% produktów CH (~2,6 tys.) stanowi aż **80% obrotu apteki** w tej kategorii



18 największych sieci (50+) (2877 aptek) w grudniu 2020 stanowiło:



11 sieci wirtualnych (2102 aptek) w grudniu 2020 stanowiło:



1,07 mld zł (↑ 44%)

Wartość rynku e-commerce w 2020 r. i jego dynamika rdr

349 (↓ -25%)

liczba sieci 5+ w grudniu 2020 oraz zmiana rdr

6 020

liczba aptek w sieciach 5+ w grudniu 2020

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Duby smalone

– poziom ekspert

Pleciecie smalonych dubów ma długą, narodową (przepraszam, nie mogłam się powstrzymać...) – nie tylko literacką – tradycję.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Zjawisko to polega na opowiadaniu pozbawionych sensu nedorzecznosci, w które gotowy jest uwierzyć, wychowany na mickiewiczowskich balladach, „gmin rozumowi bluźniący”. Tym, którzy choć przez chwilę zastanowili się, czym właściwie te „duby smalone” są, spieszę z wyjaśnieniem.

Głęboko zakorzeniony nadwiślański zwyczaj dotyczy nie tylko plecienia trzy po trzy. Przodkowie z zapałem wypłacali również nieco bardziej konstruktywnie – na przykład różne przedmioty codziennego użytku z roślinnych gałązek. Doskonale się do tego nadawały wiklinowe, brzożowe i wierzbowe witki. Innowacyjni wikliniarze próbowali eksperymentować z innymi materiałami – np. z gałązkami dębu, gdzieś zwanego właśnie „dubem”. Ze względu na twardość i łamliwość dębiny próby wypłacania z niej czegośkolwiek z góry jednak skazane były na niepowodzenie. Usiłowano więc zwiększać elastyczność dębowych patyczków poprzez o tyle mozolne, co mało efektywne, ich opalanie ogniem – smolenie właśnie.

I tak, do czasu opublikowania „Romantyczności” Adama Mickiewicza, „duby smalone” oznaczały właśnie pracę pozbawioną korzyści. Wieszcz trochę zmienił uprzednie znaczenie frazeologizmu, a że miał talent i pozycję celebryty polskiej literatury, resztę już zacie – przez dwieście właśnie jubileuszowo mijających lat – mickiewiczowska Karusia „duby smalone bredzi”. Ku zachwytowi romantycznych i załamaniu rąk rozsądnych. I nie tylko ona, niestety...

Zwyczaj plecienia przetrwał bowiem do naszych czasów nie tylko w poezji romantycznej oraz pod postacią wiklinowych koszyczków na wielkanocną święconkę. A czy to z powodu wymuszonej przez pandemię izolacji, czy może – jak śpiewali Kazimierz: Grześkowiak, a po nim Staszewski – „przez te wszystkie nawozy sztuczne” – ma się dziś bardzo dobrze. Rodacy plotą na potęgę i w dodatku wciąż bardziej wierzą „czuciu” niż „szkiełku i oku”.

Jakby tego było mało, za sprawą licznych poradników, wielu z nich uwierzyło, że każdy plotący może zostać ekspertem w dowolnie przez siebie wybranej dziedzinie – poczynając od motoryzacji, poprzez parenting (dawniej: rodzicielstwo), na medycynie oczywiście skończywszy. Kto chce, plecie, co mu ślina na język przyniesie.

Bo być ekspertem, to brzmi dumnie! Któż by nie chciał choćby spróbować wpływać na gusta i opinie bliźnich?! Dla tych, którzy bardzo chcą, a niespecjalnie wiedzą, jak się do tego zabrać na niezmiernych połaciach mediów społecznościowych, jak grzyby po deszczu pojawiają się eksperci od tego, jak zostać ekspertem... W ich cyfrowych sztambuchach, zwanych blogami, roi się od rad zaczerpniętych z poradników innych „specjalistów” i okraszonych cytatami osób znanych i lubianych. Guru od bycia ekspertem uspokajają, że wykształcenie uniwersyteckie, choć znacznie ułatwia karierę, wcale nie jest niezbędne. Furda też z teorią dziesięciu tysięcy godzin niezbędnych do osiągnięcia biegłości w danej dziedzinie! Wystarczy czytać na wybrany temat trzydzieści minut dziennie, choćby w drodze do pracy. A jeśli ktoś nie lubi czytać – można słuchać audiobooków – i bywać zwłaszcza tam, gdzie bywają inni eksperci. No i przede wszystkim należy... pleść! Kluczem do sukcesu jest bowiem to, by przekaz trafił do jak najbardziej licznej i równocześnie przypadkowej grupy słuchaczy. Najlepiej pleść w internecie – cyfrowe technologie umożliwiają dotarcie pod właściwie każdą strzechę.

Im bardziej specjalistyczny charakter mają informacje, a tym samym są trudniejsze do zweryfikowania przez przeciętnego zjadacza kilobajtów, tym łatwiej ich autorowi zasłużyć na cyfrowe „podaj dalej”. Pandemia, wirusy, szczepionki, zagadnienia odporności i statystyka nadają się do tego doskonale – oto dziedziny, które stwarzają wszystkim ekspertom z bożej łaski nieograniczone możliwości rozwijania ścieżki kariery!

Kwitną więc teorie negujące istnienie pandemii śmiertelnego wirusa. Budzą lęk doniesienia o uzależniającym od koncernów farmaceutycznych działaniu szczepionek. I choć większość z tych informacji to zwyczajne bzdury, to przekazywane z ust do ust i z komputera do komputera zapewniają ich autorom łatwą do osiągnięcia i ugruntowaną pozycję w rankingu popularności. A przecież o popularność, zapewniającą nie tylko chwałę, ale i zasobną kieszę, właśnie tutaj chodzi! Może z tego powodu – tu trzeba się uderzyć w piersi – takie duby smalone plotą także, choć na szczęście dość nieliczni, medycy. Pamiętajmy jednak, że bzdury wypowiedziane przez lekarskie usta mogą stać się zabójczą bronią. Bo różnica pomiędzy lekarzem negującym skuteczność szczepień, a podważającym na przykład zasadność sterylizacji narzędzi chirurgicznych, jest naprawdę niewielka. ■

WPIGUŁCE

Indie w kryzysie



New Delhi, Indie (21.04.2021), pracownik uzupełniający butlę z tlenem medycznym dla pacjentów zakażonych COVID-19.

Pandemia COVID-19 nie odpuszcza. Ostatnie tygodnie były szczególnie trudne przede wszystkim dla części państw Azji, Ameryki Południowej oraz Bliskiego Wschodu.

W kwietniu najgorsza sytuacja była w Indiach – o ile jeszcze na koniec marca odnotowano tam ok. 12 mln zakażeń, to w ciągu kolejnych czterech tygodni liczba ta wzrosła o kolejnych 5,5 mln. Nastąpiły rekordowe przyrosty, sięgające od 90 tys. do nawet 350 tys. przypadków dziennie. Odnotowano też wiele zgonów z powodu COVID-19, a eksperci śledzący sytuację w tym regionie podkreślają, że śmiertelność może być jeszcze wyższa niż podają oficjalne statystyki, bo wiele osób umiera w domu. W szpitalach brakuje wolnych łóżek, leków, tlenu (zdarzały się zgony pacjentów z powodu jego braku). Pandemiczny kryzys dotknął w ostatnich tygodniach również Brazylię, Kolumbię, Argentynę, Turcję, Iran, Irak, ale też Ukrainę i Polskę.

W kwietniu Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association) wezwało społeczność międzynarodową do pilnego wsparcia w walce z pandemią najbardziej potrzebujące kraje, takie jak Indie czy Brazylię, w tym o dostarczenie tlenu, leków, szczepionek, środków ochrony osobistej i innego potrzebnego sprzętu.

„Pandemia nie skończy się, dopóki nie zajmiemy się COVID-19 w każdym kraju. Nadszedł czas na globalną współpracę, solidarność i wzajemne wsparcie” – czytamy w rezolucji przyjętej przez WMA.

Nadzieje na poprawę sytuacji na świecie dają szczepionki, choć dostęp do nich jest zróżnicowany. Zgodnie z danymi publikowanymi przez Our World in Data (statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego), do 25 kwietnia podano ponad miliard dawek szczepionek na świecie. Co najmniej jedną dawką zaszczepiono do tego dnia już wszystkich mieszkańców Gibraltaru, ponad 62 proc. obywateli Izraela i połowę obywateli Zjednoczonych Emiratów Arabskich. Zaszczepionych co najmniej jedną dawką jest też m.in. prawie 50 proc. Brytyjczyków, ok. 40 proc. Chilijczyków, 37 proc. Węgrów i 23 proc. Niemców. W Indiach, które pandemia doświadcza w ostatnim czasie szczególnie dotkliwie, co najmniej jedną dawkę przyjęło 8,5 proc. mieszkańców.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 26 kwietnia br. potwierdzono ok. 148 mln zakażeń wirusem, z czego ok. 20 mln to przypadki aktywne. W ciągu ostatniego miesiąca przybyło w sumie kilkanaście milionów zakażonych. Liczba zgonów z powodu COVID-19 przekroczyła już 3 mln.

Najwięcej zachorowań odnotowano w USA – 32,8 mln. Na drugim miejscu są Indie z liczbą 17,4 mln zakażonych, a dalej – Brazylia (14,3 mln), Francja (5,5 mln), Rosja (4,7 mln), Turcja (4,6 mln), Wielka Brytania (4,4 mln), Włochy (3,9 mln), Hiszpania (3,5 mln), Niemcy (3,3 mln), Argentyna (2,8 mln), Kolumbia (2,7 mln) i Polska (2,7 mln). Biorąc pod uwagę liczbę zachorowań w przeliczeniu na liczbę mieszkańców, to wyjątkowo kiepsko wypadają Czechy.

Krajem, w którym dotychczas odnotowano najwięcej zgonów z powodu COVID-19 pozostaje USA (ok. 586 tys.). Na drugim miejscu znalazła się Brazylia (390 tys.), a na trzecim – Meksyk (215 tys.). Jeśli jednak spojrzeć na liczbę zgonów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców danego kraju, to zdecydowanie najtrudniejsza sytuacja jest w Czechach, Bułgarii, a także na Węgrzech.

W Polsce do 26 kwietnia potwierdzono ponad 2,7 mln zakażeń koronawirusem (13. miejsce na świecie, przyrost w ciągu ostatnich czterech tygodni o prawie 700 tys.). Ponad 65 tys. osób zmarło (13. miejsce na świecie). ■

Źródło: WWW.WORLDDOMETERS.INFO, BBC, WWW.OURWORLDINDATA.ORG, REUTERS

Tragiczny pożar szpitala w Iraku

Co najmniej 82 osoby zginęły w pożarze szpitala Ibn Khatib w Bagdadzie, stolicy Iraku. Ponad 100 osób odniosło obrażenia, ale zdołali przeżyć. Placówka zajmowała się pacjentami z COVID-19.

Do tego tragicznego zdarzenia doszło w nocy z 24 na 25 kwietnia. Według oficjalnych komunikatów przyczyną pożaru był wybuch pojemników z tlenem na

oddziale intensywnej terapii. Wiele ofiar to osoby podłączone do respiratorów, które zmarły podczas próby ich ewakuacji. Władze Iraku za wypadek obwiniają zarządzających szpitalem, zarzucając im zaniedbanie. Premier kraju Mustafa al-Kadhimi zarządził śledztwo, które ma wyjaśnić przyczyny tej tragedii. ■

Źródło: DW.COM, AFP, BBC

Koronawirus a wynagrodzenia lekarzy

Jak bardzo pandemia wpłynęła na zarobki lekarzy? W połowie kwietnia ukażała się najnowsza edycja Medscape Physician Compensation Report, podsumowującego poziom wynagrodzeń lekarzy pracujących w Stanach Zjednoczonych w pandemicznym 2020 r.

Średni dochód lekarza specjalisty za cały ubiegły rok wyniósł ok. 344 tys. USD – jak się okazuje, to niewiele mniej w stosunku do danych zebranych w raporcie za 2019 r. (346 tys. USD). Największe zarobki osiągają chirurdzy plastyczni (526 tys. USD), ortopedzi (511 tys. USD), kardiologzy (459 tys. USD) i urolodzy (427 tys. USD). Nieco ponad 400 tys. USD rocznie zarabiają też otolaryngologzy, radiolodzy, gastroenterolodzy i onkolodzy.

Najniższe wynagrodzenia wykazano wśród specjalistów chorób zakaźnych (245 tys. USD), lekarzy rodzinnych (236 tys. USD) i pediatrów (221 tys. USD). Najbardziej usatysfakcjonowani z poziomu swoich dochodów są onkolodzy, psychiatry i chirurdzy plastyczni, a najmniej – specjaliści chorób zakaźnych, diabetolodzy, endokrynolodzy i lekarze rodzinni. Mimo tego, i tak zdecydowana większość lekarzy biorących udział w badaniu zadeklarowała, że nie wybrałaby innej specjalizacji.

W badaniu wzięło udział 18 tys. lekarzy reprezentujących 29 różnych specjalizacji, praktykujących w USA. ■

Źródło: MEDSCAPE

Niemiec ponownie szefem WMA



Dr Frank Ulrich Montgomery został ponownie wybrany na przewodniczącego Rady Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association).

To już druga, dwuletnia kadencja Niemca na tym stanowisku. Dr. Montgomery jest radiologiem, pochodzi z Hamburga. W przeszłości był szefem niemieckiej Federalnej Izby Lekarskiej.

Na drugą kadencję pozostaną także dotychczasowy wiceprzewodniczący Rady WMA dr Kenji Matsubara z Japonii, a także skarbnik dr Ravindra Sitaram Wankhedkar z Indii. Głosowanie w sprawie wyboru nowych władz odbyło się online pod koniec kwietnia.

Źródło: WMA

TRANSPLANTACJE NARZĄDÓW W UK

Nie wszystkim umrę

Z dr. Maciejem Ryszką, kierownikiem medycznym ds. dawstwa narządów oraz konsultantem w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu w Bedford w Wielkiej Brytanii, rozmawia Iwona Darquenne.

Jakie warunki trzeba spełnić, aby zostać kierownikiem medycznym ds. dawstwa narządów?

To stanowisko zostało powołane do życia w Wielkiej Brytanii w 2008 r. Może się o nie ubiegać każdy lekarz specjalista, choć najczęściej są to jednak specjaliści w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarze pracujący w izbie przyjęć, udzielający pierwszej pomocy medycznej w nagłych wypadkach. Kadencja trwa trzy lata z możliwością jej przedłużenia. Ja pełnię tę funkcję od ponad siedmiu lat. Szpital, w którym pracuję, jest niewielki: liczy 400 łóżek i zatrudnia ponad 40 anestezjologów, w tym 21 tzw. konsultantów, spośród których dziewięcioro pracuje również na 12-łożkowym oddziale intensywnej terapii. Rocznie z naszego szpitala pobiera się narządy od około sześciu dawców, dlatego wystarczy tylko jeden kierownik koordynujący dawstwo organów. W większych szpitalach zatrudnia się nawet czworo takich kierowników.

Co należy do pana obowiązków?

Koordinacja i analiza działań związanych z dawstwem narządów oraz wewnątrzszpitalna edukacja związana z tymi zagadnieniami. Prowadzę wykłady dla lekarzy, pielęgniarek i studentów, podczas których wyjaśniam m.in. aspekty umierania, rozpoznania zgonu oraz problemy dawstwa narządów. Moją rolą jest również popularyzacja w czasie festynów i lokalnych imprez organizowanych przez hrabstwa wiedzy na temat przeszczepiania narządów. Na te obowiązki przeznaczam jedną 2,5-godzinną sesję tygodniowo. To wystarcza na wprowadzanie w życie wytycznych NHS Blood and Transplant (Oddział Krwiodawstwa i Transplantologii Narodowej Służby Zdrowia), analizę przypadków, kwestie statystyczne oraz przygotowanie wykładów.

Według danych z 2017 r. w Wielkiej Brytanii powołano 240 kierowników medycznych ds. dawstwa narządów (CLODS). Czy to pokrywa realne zapotrzebowanie?

Ta liczba jest wystarczająca, natomiast mamy zdecydowanie za mało wyspecjalizowanych pielęgniarek/pielęgniarzy

(SN-OD's, czyli Specialist Nurses – Organ Donation) pracujących przy organizacji i koordynacji wszystkich czynności związanych z pobieraniem narządów. Zazwyczaj jedna taka osoba pracuje w 3-4 szpitalach, więc jeśli zdarzy się kilka pobrań w tym samym czasie pojawia się problem. Co więcej, ci dobrze wyszkoleni specjaliści są również odpowiedzialni za bezpośredni kontakt z rodziną zmarłych lub umierających. Ich umiejętność prowadzenia rozmowy w tych dramatycznych okolicznościach odgrywa kluczową rolę przy wyrażaniu zgody na pobranie organów.

Jakie rozwiązania systemowe wprowadzono w celu zoptymalizowania procesu pobierania narządów do transplantacji?

Ze względów logistycznych narządy do przeszczepień pobierane są tylko od pacjentów pozostających na oddziałach intensywnej terapii, u których stwierdzono śmierć pnia mózgu, czyli zgon na podstawie kryteriów neurologicznych, lub śmierć po nieodwracalnym ustaniu krążenia, czyli tzw. sercową. Dzieje się tak dlatego, że śmierć musi nastąpić niejako w sposób kontrolowany, żeby móc pobrać narządy, których vitalność jest krótka. Pacjentom, u których stwierdzono śmierć pnia mózgu, możemy farmakologicznie podtrzymać funkcje fizjologiczne pozostałych narządów i tym samym przygotować się do pobrania organów. Ale w przypadku tych, którzy zmarli na skutek nieodwracalnego zatrzymania pracy serca, tocimy swoją walkę z czasem, co wymaga niezwykle sprawnej koordynacji działań. Na tym polu nieocenioną rolę pełnią pielęgniarki i pie-

lęgniarze, którzy odbyli dwuletni cykl szkolenia, aby móc współpracować z zespołem chirurgów transplantologów.

Warto może dodać, że dawstwo narządów po śmierci na skutek zatrzymania krążenia po zaprzestaniu podtrzymywania czynności życiowych u chorych bez nadziei na poprawę odgrywa coraz większą rolę w światowej transplantologii.

Od kilku lat przeszczepia się nawet płuca i serca od takich dawców, choć do niedawna w ogóle nie brano tego pod uwagę. Przypomnę może, że pierwsze przeszczepione serce

W maju 2020 r. weszło w życie nowe prawo domniemanej zgody, czyli „Max and Keira’s law”, sprawiające, że każdy dorosły Brytyjczyk po śmierci staje się potencjalnym dawcą organów.

w wykonaniu zespołu Christiaana Barnarda pochodziło od dawcy po zatrzymaniu krążenia.

Jakie prawo obowiązuje w Wielkiej Brytanii, jeśli chodzi o pobieranie narządów do transplantacji w przypadku śmierci pacjenta?

W maju 2020 r. weszło w życie nowe prawo domniemanej zgody, czyli „Max and Keira's law”, sprawiające, że każdy dorosły Brytyjczyk po śmierci staje się potencjalnym dawcą organów. Zresztą takie prawo obowiązuje w samej Walii znacznie dłużej, bo już od 2015 r. Pozwala to przeprowadzić znacznie więcej przeszczepień ratujących życie, choć nadal ta liczba nie jest wystarczająca.

A co z osobami, które za życia sprzeciwiały się pobraniu ich organów?

Oczywiście można taką wolę zgłosić w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. W praktyce dzieje się tak, że nawet gdy zmarły nie zgłosił swego sprzeciwu, prowadzi się rozmowy z rodziną. Kiedy najbliżsi zmarłego odmawiają pobrania narządów, lekarze odstępują od procedury mimo obowiązującego prawa. Dlatego kluczową rolę odgrywa edukacja. Z pewnością chcielibyśmy brać przykład z Hiszpanii, gdzie zgoda na transplantację jest niemal powszechna i gdzie odbywa się najwięcej tego typu operacji w Europie.

Jaką politykę prowadzi w tym zakresie Wielka Brytania?

Departament Komunikacji Oddziału Krwiodawstwa i Transplantologii Narodowej Służby Zdrowia (NHS Blood and Transplant) aktywnie zajmuje się propagowaniem wiedzy na temat przeszczepiania narządów. Nie jest tajemnicą, że wielokulturowe, brytyjskie społeczeństwo jest wyraźnie podzielone w kwestii stosunku do transplantacji. Dlatego w radiu i telewizji często pojawiają się programy poświęcone temu zagadnieniu. Do tych, które stały się najbardziej znane, należy historia Maxa i Keiry. Gdy 9-letnia Keiry zginęła w wypadku samochodowym, jej serce zostało przeszczepione śmiertelnie choremu 10-letniemu Maxowi. Co roku jest też organizowany na terenie całego kraju Tydzień Dawstwa Narządów (Organ Donation Week). W tym czasie w każdym szpitalu rozdaje się ulotki, rozmawia się z pacjentami i odwiedzającymi, a niemal każda placówka lecznicza jest zobowiązana do przygotowania szeroko zakrojonej kampanii informacyjno-edukacyjnej wspieranej często przez brytyjskich celebrytów. Jej celem jest uświadomienie społeczeństwu, że inni mogą żyć niejako dzięki naszej śmierci i że nie umieramy całkiem nadaremnie, w myśl słów antycznego poety, Horacego, który powiedział: „Nie wszystkim umrę”.

Czy szpitale w Wielkiej Brytanii otrzymują dofinansowanie z NHS² za przeszczepione organy?

Tak, za każdego pacjenta, od którego pobrano narządy do transplantacji, szpital dostaje dofinansowanie w wysokości ok. 1000 funtów. Ta kwota przeznaczona jest na pokrycie kosztów związanych z przygotowaniem pacjenta do zabiegu, ale stanowi też zachętę, aby zgłaszano wszystkich potencjalnych dawców. Szpital w Bedford należy do



Dr Maciej Ryska: – Nie jest tajemnicą, że wielokulturowe, brytyjskie społeczeństwo jest wyraźnie podzielone w kwestii stosunku do transplantacji.

ściślej krajowej czołówki pod tym względem. Tylko raz przez ostatnie lata zdarzyło nam się, że nie zgłosiliśmy 100 proc. potencjalnych dawców.

Jakie narządy są najczęściej przeszczepiane?

Według statystyk najczęściej transplantowane są nerki, ponieważ można je pobrać również od żywych dawców, a także wątroba i serce. Pod tym względem Zjednoczone Królestwo nie różni się od innych państw.

Ile osób rocznie oczekuje w Wielkiej Brytanii na przeszczepienie organów?

Szacuje się, że 6-7 tys. ludzi rocznie czeka na narządy, a co dziennie z powodu ich braku umierają 3-4 osoby. Bo przecież nie każdy organ jest przydatny z powodu stanu zdrowia zmarłego, choć w obecnej chwili pobiera się nerki (i nie tylko) nawet od 80-letnich dawców. Ale statystyki są nieubłagane. W roku podatkowym 2019/2020 w Wielkiej Brytanii odnotowano ok. 620 tys. zgonów, z czego 280 tys. w szpitalach. Ale potencjalnymi dawcami było tylko ok. 7,5 tys. osób. Działo się to z różnych przyczyn, choćby dlatego, że nie wszyscy zmarli na oddziale intensywnej terapii. Co więcej, po wstępnej selekcji i sprawdzeniu tzw. zapytań o dawstwa, ta liczba zmniejszyła się do 3276. A w wyniku dalszego postępowania i sprzeciwu rodzin zmarłych odpadło kolejnych 1000 dawców. Finalnie pobrano organy od 1580 zmarłych, dzięki czemu wykonano 3760 przeszczepień. ■

¹ Clinical Lead for Organ Donation, CLOD

² National Health Service – pełniący rolę podobną do Narodowego Funduszu Zdrowia

Koza od ministra



Sławomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Ze zdumieniem obserwowałem, jak w ubiegłym roku utrzymywano w skrajnej niepewności zdających egzamin specjalizacyjny. Będzie ustny czy nie będzie? W końcu go odwoływano zarówno wiosną, jak i jesienią, choć sytuacja epidemiczna była dużo lepsza niż podczas trwającej właśnie kolejnej sesji egzaminacyjnej, odbywającej się – jak przed pandemią – w formie testu i odpytki przed komisją.

Przeprowadzanie egzaminów specjalizacyjnych dwustopniowo ma tak wielu zwolenników co przeciwników. Pierwsi podkreślają, że rozmowa z przyszłym specjalistą ma kluczowe znaczenie, bo lepiej niż test sprawdza umiejętność podejmowania decyzji. Drudzy uważają, że podczas trwającego kilka lat szkolenia specjalizującego się lekarz jest wielokrotnie egzaminowany przez kierownika specjalizacji.

Jedni i drudzy mają mocne argumenty, tyle że w nadzwyczajnej sytuacji, w jakiej znaleźliśmy się w związku z pandemią, nie ma sensu toczyć na ten temat sporów. Wobec dramatycznego braku lekarzy, absolutnym priorytetem powinno być zasilenie systemu specjalistami niewykonującymi pracy z uwagi na naukę do egzaminu. Zwłaszcza, że mówimy nie o kilku, a kilku tysiącach bardzo dobrze wykształconych lekarzy, zdolnych z uwagi na wiek i stan zdrowia do pracy na zdwojonych obrotach.

O nieuchronnym nadejściu trzeciej fali wiedzieliśmy przynajmniej od początku roku. I najpóźniej wtedy powinny zapaść ostateczne decyzje w sprawie PES. Pogarszająca się sytuacja epidemiczna podpowiadała, by sesję egzaminacyjną skrócić! Tymczasem minister Niedzielski zrobił coś dokładnie odwrotnego i na początku lutego ogłosił decyzję o wydłużeniu czasu na przeprowadzenie egzaminów do końca maja. O tym, że dla pana ministra konsekwencja liczy się bardziej niż fakty i zdrowy rozsądek, przekonaliliśmy się 16 marca, gdy na stronach Ministerstwa Zdrowia ukazał się komunikat o zawieszeniu PES do połowy maja. Decyzja rozpętała burzę. Ostro protestował samorząd lekarski, lekarze rezydenci, a także parlamentarzyści. Domagano się wznowienia egzaminów wyłącznie w formie pisemnej, co pozwoliłoby na szybszy powrót do pracy trzech tysięcy lekarzy.

Tymczasem minister zareagował niczym rabin ze znanego szmoncesu. Kiedy Mosze poskarżył się na warunki panujące w domu (hałas, ciasnota, dzieci płaczą, żona krzyczy...), rabin

polecił mu, by kupić kozę. Gdy Mosze ponownie pojawił się u swojego mistrza, skarżąc się, że po zakupie zwierzęcia jego sytuacja jeszcze się pogorszyła, dostał radę, by kozę sprzedać. Żyd posłuchał i po kilku dniach zadowolony wyznał rabinowi: „Dzięki ci, rebe, za radę, sprzedałem kozę. Jaki ja mam teraz spokój!”.

Onieuchronnym nadejściu trzeciej fali wiedzieliśmy przynajmniej od początku roku. I najpóźniej wtedy powinny zapaść ostateczne decyzje w sprawie PES.

Sprzedaż kozy, czyli anulowanie ogłoszonego ledwie dzień wcześniej postanowienia, z pewnością przyniosło ulgę tym lekarzom, którzy mieli w perspektywie dłuższy o kilka tygodni czas zawodowej próżni. Dramatycznego braku kadry lekarskiej w wypełnionych chorymi na COVID-19 szpitalach w żaden sposób to nie złagodziło. Włos jeży się na głowie, kiedy słyszy się o miesięcznym, a nawet jeszcze dłuższym czasie oczekiwania na egzamin ustny po teście. Albo o wyznaczeniu lekarzom z Krakowa odpytywania w Gdańsku. Mleko się rozlało, ale zamiast skruchy przedstawiciele rządu, z ministrem zdrowia na czele, przystąpili do ataku na samorząd lekarski, oskarżając go o blokowanie dostępu do rynku lekarzy z zagranicy.

Bezprecedensowe zamieszanie z organizacją PES przypominało mi słynny okrzyk: „Niech jadą!” postanki PiS Józefy Hryniewicz. Wówczas mieliśmy do czynienia z emocjonalnym komentarzem, wykrzyczanym podczas gorącej debaty sejmowej w czasie protestu lekarzy rezydentów. Teraz pierwsze skrzypce grał minister Niedzielski, który choć miał sporo czasu na podjęcie decyzji i nie musiał ulegać emocjom, jeszcze mocniej zakpił z młodych lekarzy. Rekordowa w minionym kwartale liczba wydanych zaświadczeń potrzebnych lekarzom do podjęcia zatrudnienia za granicą ma i tutaj swoje źródło. ■

Wycinek chaosu



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Epikryza lekarskiej dokumentacji jest retrospekcją choroby: podsumowuje przeszłość, opisuje dokonania i sugeruje postępowanie, kończy pobyt pacjenta zaleceniami na przyszłość.

Dobrze przygotowana finałowa analiza jest najlepszym prezentem, jaki chory dostaje na drogę poza szpitalem. Często ostatni wpis staje się pierwszym krokiem na polu dalszej walki o podopiecznego, jaki robi lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, specjalista w ambulatorium lub dyżurny kolega z sąsiedniego oddziału. Dzięki temu historia może toczyć się dalej, bez odkrywania wszystkiego od nowa.

Dzieje Narodowego Programu Szczepień nie są zamykane epikryzami. Zamiast komunikatów o wykonanej rzetelnie pracy organizacyjnej, mamy preambuły konferencji prasowych, z których hasła odnotowywane są w rozporządzeniach kilkanaście godzin później, stawiając odpowiedzialne za wykonanie szeregu czynności punkty szczepień w „martwym polu” niewiedzy, albo co gorsza wiedzy li tylko medialnej.

Propagandowa machina rządu wyprzedza obowiązujące prawo, obwieszcza zapisy i wielkie przyspieszenia bez jakiegokolwiek komunikacji z wykonawcami. Oferty wystawiane są na aukcji: kto szybszy, ten lepszy albo swój. Akceptacja propozycji Agencji nie może przekroczyć doby. Niejasności wymagają interpretacji podczas kilku, a nawet kilkunastu przełączeń z konsultantami. Wypowiedź z ministerialnego webinarium może być podważona mejlem, wobec którego nie można zgłosić sprzeciwu. System aplikacji ustala reguły gry – nie raz, nie dwa, wbrew logice. Szkolenia to ciąg zdziwień i potknięć. Nikt, jak dotąd, nie przedstawił kompleksowego planu od A do Z.

Szczepienia przeciw COVID-19 są wciąż ogłaszanym stanem wojennym. Trwa masowe wypełnianie terminów (w narodowej nowomowie nazwanych „slotami”), presja ich zmian na zewnętrzne żądanie przesunąć roczników, cicha likwidacja grup, podgrzewanie atmosfery wokół różnych szczepionek i pracowników wymiaru sprawiedliwości. Zamieszanie

decyzyjne wymaga specjalnie zatrudnianych koordynatorów, włączenia dodatkowych linii telefonicznych i punktów rejestracji, indywidualnego tłumaczenia, dłaczego Astra Zeneca, a nie Pfizer, osobistego zawiadamiania urealnającego termin i godzinę ustawionych przez sztuczną inteligencję z centrali. Nieskończona liczba kliknięć podczas przyjęcia pacjenta mężczyźni żmudnym zatwierdzeniem: skierowania, badania, realizacji i wyznaczaniem drugich dawek. Wokół piętrzą się stosy notatek, ankiet, zeszytów z zapisanymi na zapas pacjentami, a już minister rzuci przez telewizor nową dostawą towaru.

Wokół piętrzą się stosy notatek, ankiet, zeszytów z zapisanymi na zapas pacjentami, a już minister rzuci przez telewizor nową dostawą towaru.

W hałasie drukowania potwierdzeń z wykonanych wakcynacji, będących pamiątkowymi pseudodokumentami z wykropkowanym nazwiskiem, pada ostatnie pytanie „szczęśliwca”, myślącego wyłącznie o zdjęciu maseczki spadającej z nosa: „Kiedy to się skończy?”. „Nigdy” – odpowiadam, tępo patrząc w ekran. „Nigdy” – to nie jest dobry wyraz na zakończenie wizyty...

Epikryza programów informacyjnych nie pozwala na optymistyczne objęcie opieki nad chorym. Medialny szum ogłupia i wypycha w depresję... z jednym „ale”. Dla wielu ludzi wokół nas to tylko pół prawdy. W drugiej części podsumowania opisani powinni być rodacy bez trosk, piękni, wypoczęci, nastawieni „anty”, odważni, sceptyczni, narciarze łaknący pełni życia i wylegujący się ze smutkiem na plażach Zanzibaru. Dualizm dopełniają zadowoleni z primaaprilisowych walk politycy, ogrzewający się sukcesami i porażkami w zależności od partyjnych barw. Ale o nich felietonu dzisiaj nie będzie... ■



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Oko w oko

Tak jak muzycy boją się ogłuchnąć, tak malarze boją się utraty wzroku. Oczy to ich główne narzędzie pracy. Ich szczególna wizualna wrażliwość pozwala na komponowanie obrazów, które mają moc poruszenia czegoś w odbiorcy. Tak jak bał się Beethoven, rwąc struny fortepianu, by móc słyszeć wydawane przez niego dźwięki, tak pewnie bał się Picasso, malując ślepców w Barcelonie.



Obraz: Pablo Picasso, „La Celestina”, 1903 r., Muzeum Picassa, Paryż



„La Celestina” to jeden z portretów pochodzących z okresu niebieskiego artysty, który zapoczątkowała śmierć jego bliskiego przyjaciela. Picasso przyznał, że to wydarzenie odcisnęło się na jego twórczości: „Myśląc o śmierci Casagemasa, zacząłem malować na niebiesko”. Przez kilka lat jego obrazy pełne były smutnych postaci, odanych w najróżniejszych odcieniach

niebieskości. Na wielu z nich Picasso mierzył się z tematem ślepoty.

Postać z portretu, nazwana Celestyną po bohaterce sławnego hiszpańskiego dramatu z XV w., unika wzroku patrzącego, kierując prawe, zdrowe oko, poza ramy obrazu. Lewe oko pokryte jest niby bielmem, jednak ciężko zdiagnozować dokładny stan pacjentki. Twarz kobiety okala ciemny kaptur, kształt jej ciała ukrywa płaszcz. Celestyna na pewno nie jest

tu po to, by kusić widza. Jest po to, by zastanawiać. Picasso zestawia ze sobą oko zdrowe i chore, możliwość widzenia z jej brakiem. Opowieść opiera się właśnie o ten kontrast. Dwa jakże różne światy: ten złożony z ciemności i ten z kolorów i kształtów łączą się w tajemniczej postaci Celestyny. Oczy widza kieruje Picasso wprost na niewidzące oko portretowanej, wyróżniając je z obrazu plamą bieli. Stawia widza, a może i siebie, oko w oko ze strachem. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 04/2021

1. Dodanie kukurydzy w ręce kobiety umieszczonej na dolnej lewej stronie przedstawienia.

Jednym ze sposobów stawiania diagnozy przez Azteków było rzucanie ziaren kukurydzy i obserwowanie, w jaką ułożą się konstelację, zatem obecność tego zboża w ręku lekarza byłaby w tym kontekście jak najbardziej na miejscu.

2. Usunięcie wydzieliny spod oka pacjenta umieszczonego w prawym dolnym rogu przedstawienia.

Wydzielina ta najprawdopodobniej przedstawiała łzy, wskazując na stan

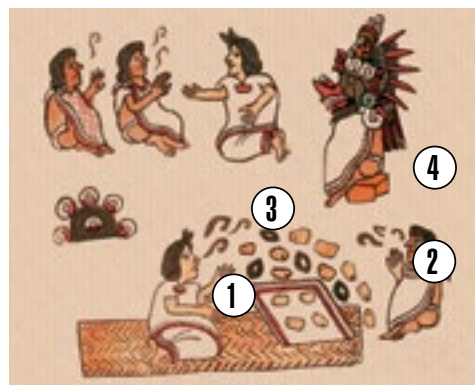
emocjonalny pacjenta. Płacz był nieobcy kulturze Azteków: płacząc, wyrażali tak zmarwienie, prośbę, jak i wdzięczność.

3. Dodanie jednego elementu pomiędzy lekarzem a pacjentem u dołu przedstawienia.

W azteckim procesie stawiania diagnozy wykorzystywano różnorakie przybory: od ziaren kukurydzy, po muszle, ich ilość musiała być jednak zawsze nieparzysta.

4. Dodanie ziół obok postaci lekarza w górnej części przedstawienia.

Medycyna aztecka polegała na ziołolecznictwie, stąd obecność ziół byłaby na tym przedstawieniu uzasadniona.



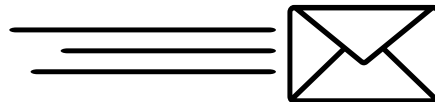
Obraz: Folio z Kodeksu Magliabecchi, połowa XVI w.

NAGRODZENI Z „GL” 04/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Izabela Sokoluk z Lublina**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Lidia Łepska (Gdańsk)**, **Dorota Majewska (Zgorzelec)**, **Aleksandra Ostrowska (Poddębice)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 17 maja 2021 r.

W temacie maila należy wpisać GL05 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przestać jedną odpowiedź.



Dla jednej zosób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

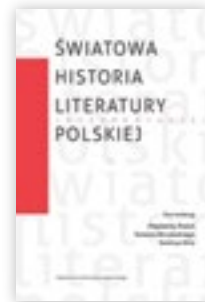
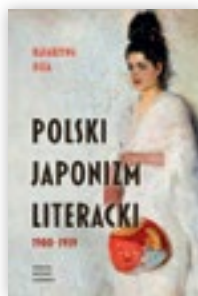
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



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@hipocrates.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.

PhotoArtMedica



Do 25 września można nadsyłać prace na IX Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2021. W konkursie mogą uczestniczyć lekarze, nauczyciele akademicy uniwersytetów medycznych oraz studenci medycyny z kraju i zagranicy, a technicy obrazowania medycznego wyłącznie w kategorii „Fotografia medyczna”. ■

Wernisaż

Komisja Kultury ORL w Lublinie poinformowała, że wernisaż wystawy fotografii „Zanzibar – Hakuna Matata” dr. Marka Stolarczuka i dr. Andrzeja Skrzyńskiego został przesunięty na **12 czerwca**. ■



Dla dzieci

Komisja Kultury ORL w Lublinie ogłosiła V Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad konkursem objęli prezes NRL i prezes LIL, a patronat medialny m.in. „Gazeta Lekarska” i „Medicus”. ■

NASZA CZYTELNICIA



Onkologia i hematologia dziecięca. Tom 1 i 2

Redakcja naukowa:
Alicja Chybicka, Krystyna Sawicz-Birkowska,
Bernarda Kazanowska

Dwa tomy solidnej dawki wiedzy przygotowanej przez specjalistów reprezentujących wszystkie wiodące ośrodki w Polsce, które zajmują się onkologią i hematologią dziecięcą. Znajdziemy tutaj aktualne wiadomości z zakresu nowoczesnej diagnostyki nowotworów, współczesnej kompleksowej terapii nowotworów u dzieci oraz leczenia wspomagającego.



Poprawianie ewolucji

John Harris

Jakie są argumenty etyczne za „poprawianiem” człowieka, a co przemawia za tym, by tego nie czynić? Gdzie leży granica? W publikacji znajdziemy rozważania m.in. na temat badań nad komórkami macierzystymi, manipulacji genami, selekcji zarodków, wyborów reprodukcyjnych i zagadnień związanych z niepełnosprawnością. Autor opowiada się za koniecznością interwencji w „naturalną loterię życia”, podejmuje też dyskusję z przeciwnikami takich działań.

Plener



Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza do udziału w VIII Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy w dniach **14-19 września** w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą, organizowanym przy współudziale NRL. Liczba miejsc: 20. Wycofanie opłaty związane z rezygnacją z imprezy możliwe do 31 sierpnia (włącznie). ■

Konkurs



Lubelska Izba Lekarska i Uniwersytet Medyczny w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają X Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Honorowy patronat nad konkursem objęli prezes NRL, prezes LIL i rektor UM w Lublinie. ■

GazetaLekarska.pl

Perfekcyjni do bólu

Margaret Robinson Rutherford

Książka o osobach skrajnie samokrytycznych i jednocześnie cierpiących w samotności. Autorka, psycholożka kliniczna, pokazuje zależność między perfekcjonizmem a depresją i wskazuje, że ukrywanie depresji pod maską perfekcjonizmu może być niezwykle szkodliwe. Wyjaśnia jednak też, jak rozpocząć proces zmiany w kierunku nowego, mniej perfekcyjnego, ale przy tym zdrowszego życia.



Powrót Beethovena

Henryk Skarżyński

Powieść filmowa, w której autor – przez pryzmat tragedii znanego kompozytora i pianisty – przedstawia losy swoich pacjentów, całą ich drogę powrotu do świata dźwięku i swobodnej komunikacji z otoczeniem, a także m.in. ich osiągnięcia artystyczne (muzyczne i wokalne). W książce pokazany został także dorobek polskiej medycyny w leczeniu głuchoty. Powieść wzbogacono kilkudziesięcioma rycinami.



PROZA

Trencadis. Mozaika katalońska

(fragmenty)

Światło w tym miejscu Wszechświata ma szczególne właściwości. Niemożliwie jasne, ale nie oślepia. Zdaje się, że nie ma jednego źródła. Przejryste do granic najmniejszych szczegółów, ale niemal gęste i namacalne. Można chwycić w dłonie i poskręcać w dowolny sposób. Można przelewać go między palcami, nie zostawiając ani jednej zmarszczki. W takim świetle wczesnym popołudniem przysiadł Anioł. Na kamieniu. Nie siedzi jednak tak po prostu, zamysłony czy obserwujący. Siedzi, jakby właśnie przed chwilą wylądował. Tylko na moment. Czarnozielonkawę skrzydła jeszcze niedokładnie złożone. Bo ten Anioł ma skrzydła w tym właśnie kolorze. Włosy również. Palcami lewej stopy niespokojnie gładzi grzbiet prawej. Tak. To na pewno nie jest chwila anielskiej zadumy. W nieco nerwowym skupieniu zagląda do własnego wnętrza. Przegląda zawartość szuflad otwierających się z jego ciała. Zagląda w głąb siebie. Jedne szuflady są większe, inne mniejsze. Wszystkie puste. Ale jednak intensywnie się w nie wpatruje. Głowę ma pochyloną i nie widać twarzy. To utrudnia obserwację i wyciągnięcie wniosków. Po wyrazie oczu, układzie brwi moglibyśmy dowiedzieć się więcej. Ale nie wiemy. Nie możemy też podejść bliżej, anioł wygląda na płochliwego, nie sądzę, by chciał z nami porozmawiać. Skazani jesteśmy więc na domysły. Musimy stworzyć własną historię. Być może to upadły anioł, który poszukuje choćby śladu swojej natury, odebranej mu właśnie przed chwilą? A jeśli nie? Nie do końca wygląda na całkowicie załamane swoim stanem. Więc może właśnie gdzieś zmierzał z ważnym posłannictwem, w pośpiechu nie domknął swojej cielesnej powłoki i bezcenne artefakty gdzieś w locie wypadły? To przeczyłoby jego perfekcyjnej przecież naturze, ale kto wie? A może to tylko naszym ludzkim oczom się wydaje, że szuflady są puste. On tylko usiadł na chwilę, by się upewnić, że wszystko jest na swoim miejscu, i sprawdzić, czy nie pomylił kolejności poleceń z góry? W takiej tezie też są luki, jak w poprzedniej, ale w końcu co możemy wiedzieć na pewno o aniołach? Bardzo niewiele oznacza też prawie nic. Być może to młody anioł, który po raz pierwszy zobaczył człowieka i próbuje pojąć różnice. Bo jego wnętrzu to czyste światło, sterylna moc i łaska, a w ludzkich szufladach panuje nieporządek i chaos? Może to właśnie chciałby zrozumieć?

My też mamy szuflady, wyrastające z ciała i umysłów. W niektórych panuje porządek, wszystko jest poukładane. I na swoim miejscu. Ale też zawsze, bez wyjątku, są takie, gdzie jest po prostu bałagan. Rzeczy pomieszczone bez ładu i składu. Wystające na zewnątrz, niepozwalające szufladom na domknięcie. Rzeczy w tajemniczy sposób przeskakujące z szuflady do szuflady, znikające bez śladu w momencie, w którym akurat są potrzebne. Jak skarpetki w pralce. Mamy też inny rodzaj szuflad. Zewnętrzne. Z etykietami. Bardziej dla innych niż dla siebie. To trochę bez znaczenia, bo przecież inni też mają takie przygotowane właśnie dla nas. Czasem zostajemy złapani przez przypadek, czasami z rozmysłem. Zwabieni. Czasem wchodzimy sami, zastanawiając się wcześniej, lub nie. Bo niektóre szuflady wydają się wręcz stworzone dla nas. Czemu więc nie skorzystać i nie pozwolić sobie na wygodę? Na trwanie bez konieczności rozmyślania o rzeczach poplątanych? To, co niewygodne, można zamknąć na zawsze i wyrzucić klucz. Zdarza się też, że próbujemy zająć taką szufladę i stwierdzamy, że nie pasujemy. Jest ciasno i niewygodnie. I wtedy ktoś może tę szufladę domknąć za nas. Może to zrobić delikatnie, ułożymy się w środku i z czasem zaczyna nam być wygodnie. Może to zrobić też jednym gwałtownym ruchem. Najpierw będzie bolało i stracimy coś, co się nie mieściło. Potem być może przywyknemy i nie będziemy czuć braku. I od przypadku tylko zależeć będzie, czy ktoś inny niechcący uchyli szufladę. Bo nawet najślabszy promyk światła może sprawić, że poczujemy.

I nic już nie będzie mogło być takie samo. (...)



MAREK GAWLIK

Laureat IX edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Wyróżnienie w kategorii Proza.

Absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Specjalista w dziedzinie pediatrii. W Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Wadowicach kieruje oddziałem neonatologicznym. Wielbiciel przyrody i kultury Półwyspu Iberyjskiego. Laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza” z 2018 r., a także zdobywca, wspólnie z Moniką Kunstman, II miejsca w kategorii POEZJA w IX edycji „Weny” (za utwór „Im eshcachech Yerushalayim”, publikacja w nr 12/2020-01/2021 „GL”).



Przychodzi
wena
do lekarza

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

SPORT

GazetaLekarska.pl



Bronisław Orawiec

Narciarstwo

Pomimo wielu utrudnień związanych z pandemią COVID-19, ograniczeń podróżowania, a także ostrzeżeń dotyczących organizacji imprez sportowych, **17 marca** w Alpach Szwajcarskich odbyły się XXIV Światowe Mistrzostwa Lekarzy Polonijnych w Narciarstwie Alpejskim. Mistrzostwa zorganizował honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. ■

FOTO: ARCH. PRYWATNE

(Za)bieganie

Pokonanie minimum 5 km, biegiem, na rowerze czy rolkach, 13 maja o dowolnej porze dnia – takie wyzwanie stanie przed uczestnikami wydarzenia „(Za)bieganie 1.0” organizowanego przez poznański oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland we współpracy z Wielkopolską Izbą Lekarską w ramach Dnia Sportu na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. ■

Lekkoatletyka

13 marca w Hali Arena Toruń odbyły się 30. Halowe Mistrzostwa Polski Masters, 4. Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce, 2. HMP Dziennikarzy. Patronat nad 4. HMPL, w których wzięło udział 19 lekarzy, sprawowali prezes NRL i prezes Kujawsko-Pomorskiej ORL. ■

Od lewej: Julian Pełka, Grzegorz Wyrobiec, Olga Stępień-Wyrobiec, Janusz Kurpiewski (góra), Stefan Madej (dół).



PhotoArtMedica

GazetaLekarska.pl



„Polskie orły bielik – pragnienie”, dr Dariusz Dura (specjalista chorób oczu, Watcz), Brązowy Medal PhotoArtMedica 2015

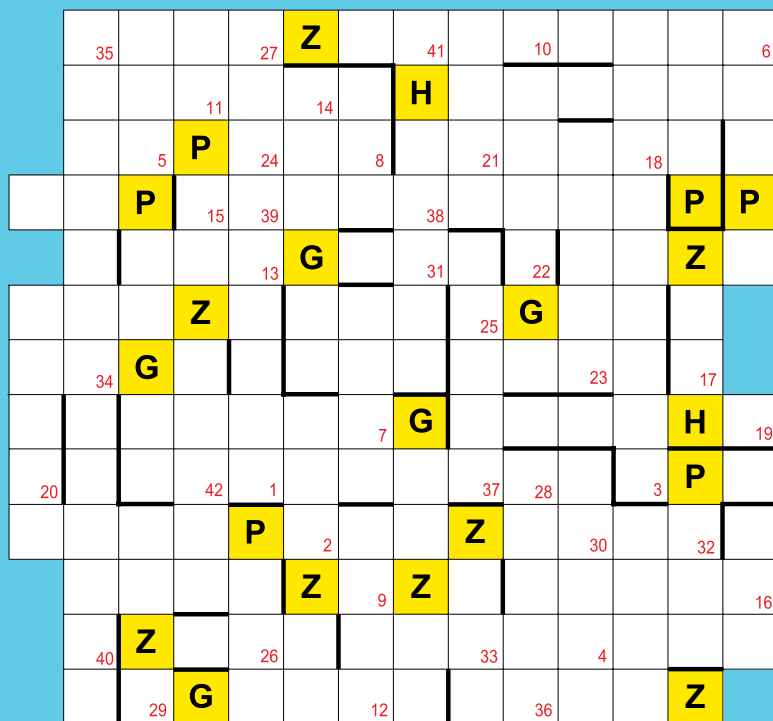
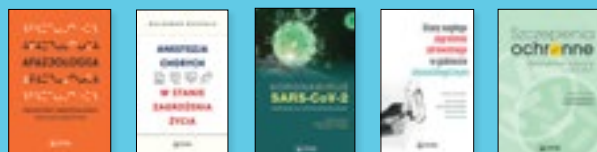


www.photoartmedica.pl



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

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



**Objaśnienia 55 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, H, P i Z.**

**Na ponumerowanych polach ukryto 42 litery hasła,
które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Einsteina.
Hasło należy przestać na karcie pocztowej do redakcji
lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl
do 21 maja 2021 r.**

**Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy
nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji
i adresu do wysyłki).**

* patron ziarnicy złośliwej * egipska ziemia Hebrajczyków * mate lub
ulung * za miasto Arras * rzep w medycynie ludowej * podbite przez
ospę wietrzną i Pizzaro * diathesis * człowiek śniegu * małżowina
* rzeka zmarłych i Charona * dentes * jednostka strumienia
światłowego * poród, narodziny (ang.) * miejsce ostatecznej
kłęski Hannibala * badanie przeciwciał przeciwjadrowych * gra
podwójna * witamina B10 * śpiewała „Gdzie ci mężczyźni?” *
parzysty filtr organizmu * płas * budują żeremia * imię Jabłonińskiej,
z albumem „Psycho” * przetyk (łac.) * zespół kultur M. Egejskiego
* adenozyntrofosforan * efekt korozji * fachowiec od układu
moczowego * męski odpowiednik Agaty * erytropoetyna * karcz,

piak * mumifikacja * sanktuarium w starożytnej świątyni * lek
* elektroda dodatnia * sól kwasu żelazocyanowodorowego * płynię
przez Bosanski Novi * struna chirurgiczna * kandydat na harcerza
* rosa śmierci * kraj z Lome * wirus wywołujący biegunkę, głównie
u dzieci * z komina * bożodrzew z bieguncznikowatych * waluta
łotwy * varicosis * odcinek wyścigu * Opacorden * czczony ptak
z długim dziobem * cenione w sokolnictwie * likier z łotwy * zakład
dla trędowatych * Włochy * powietrze lub gaz w jamie ciała *
wykres funkcji sinus * ząb mądrości

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 262 („GL” nr 03/2021)
Krew się dziedziczy, przywara przywiera.**

Nagrody otrzymują:

Iwona Kowalczyk (Kraków), Paulina Król (Łańcut),
Bartosz Pokrzywa (Zielonka), Zbigniew Szymański
(Nowy Tomyśl), Zuzanna Tyszkiewicz (Lublin). Fundatorem
nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl.
Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 350 egz.

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 Ostaszewska

Tel. (22) 559 13 26

o.ostaszewska@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

Jerzy Badowski (Olsztyn), Sławomir Badurek (Toruń), Jarosław
Klimek (Łódź), Marzena Kowalska (Warszawa), Agata Morka
(Berlin), Joanna Sokółowska (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. Au-
torów 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).

