



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

06 | 2021



Bez euforii

SPOKOJNIEJ, ALE NA JAK DŁUGO?

Ład w nieładzie | Kiedy polska „służba zdrowia” upadnie (z hukiem)?
Nierówny rozkład sił | Spieszymy się kochać obietnice | KPO a zdrowie

W tym numerze

NR 06/2021 CZERWIEC GAZETA LEKARSKA



61

ZE ŚWIATA

Mamy czas dla chorych i na własne życie



56 NAUKA

26

Problem z wyliczeniem wynagrodzenia

38

Bez smaku lub z truskawkowym językiem



STOMATOLOGIA



Samorząd

- 4 Ład w nieładzie (Andrzej Matyja)
- 9 PNRL ws. ustawy o wynagrodzeniach
- 12 Kiedy polska „służba zdrowia” upadnie (z hukiem)? (Krzysztof Madej)
- 15 W przededniu likwidacji

Temat numeru

- 18 Pandemia w liczbach
- 19 Bez euforii
- 22 Spokojniej, ale na jak długo?

Prawo i medycyna

- 24 Szczepienia: ankieta kwalifikacyjna
- 25 Niecność celu
- 26 Problem z wyliczeniem wynagrodzenia
- 28 Mediacja zamiast procesu

- 30 Zeznania przed prokuratorem
- 32 Coraz lepsza ochrona danych
- 34 Plan na dekadę?

Praktyka lekarska

- 36 Spieszmy się kochać obietnice (Andrzej Cisko)
- 37 Fałszywe roszczenia
- 38 Bez smaku lub z truskawkowym językiem
- 42 SARS-CoV-2 a zdrowie psychiczne stomatologów
- 43 Nierówny rozkład sił
- 46 Koronawirus kontra szczepienia
- 48 KPO a zdrowie
- 51 W sprawie komórek macierzystych
- 52 Nietypowe guzy
- 53 Niezbędna jest większa czujność
- 54 Problemy interny na Mazowszu
- 56 Genetyczne skutki promieniowania w Czarnobylu

- 58 Pół królestwa i księżniczka (Joanna Sokołowska)

Ze świata

- 60 Lepsza płaca za pracę na prowincji
- 61 Mamy czas dla chorych i na własne życie

Po godzinach

- 64 Prośbą i groźbą (Sławomir Badurek)
- 65 Stuk puk! Enter! (Jarosław Wanecki)
- 66 Szlak Fontana
- 70 To tylko sen
- 72 Kultura
- 74 Kalendarz wydarzeń sportowych 2021
- 76 Zjazdy koleżeńskie
- 78 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Ład w nieładzie



Andrzej Matyja
prezes NRL

Tytuł „Polski Ład” brzmi dumnie (wszak – polski) i obiecująco, bo „ład” to porządek, harmonia, spójność, a więc poczucie bezpieczeństwa, pewność, spokój... Ale po lekturze tego dokumentu wrażenia są inne.

Na początku czytamy: „Na zdrowiu się nie oszczędza”. Brzmi obiecująco, ale zaraz dowiadujemy się, że: „nowe środki będą przeznaczane na inwestycje, cyfryzację, nowe kadry i nowoczesne terapie”, a „Polski Ład (...) To nasz plan gospodarczej odbudowy...”. Zatem uwaga skupiona została bardziej na przezwyciężaniu skutków pandemii w gospodarce, a mniej na zdewastowanym zdrowiu i pokiereszowanej ochronie zdrowia. Im bardziej zagłębialiśmy się w lekturę, tym wyraźniej widać hasłowość zamierzeń. Trudno więc ocenić wpływ zapowiedzi na realne zmiany i poprawę w ochronie zdrowia odczuwalną przez pacjentów. I to nie za sześć lat, ale tu i teraz.

Nie musi do tego doprowadzić deklaracja wzrostu nakładów na zdrowie do 7 proc. PKB w 2027 r. Taki poziom oznaczać będzie, że nadal pozostaniemy w ogonie Europy, bo inni też nie zasypiają gruszek w popiele. Ponadto powinniśmy w tym czasie nie tylko zwiększać nakłady na ochronę zdrowia, ale jednocześnie wyciągać wnioski z minionego roku i modyfikować system tak, by był elastyczny, lepiej dostosowany do natychmiastowej i adekwatnej reakcji na kryzysy. Aby tak się stało, potrzebujemy zdecydowanie szybszego i znaczącego zwiększenia nakładów na zdrowie, głębokich zmian w organizacji i zarządzaniu ochroną zdrowia, racjonalnej dystrybucji środków, a także mądrej polityki wobec kadr medycznych – rozwiązań w perspektywie wieloletniej, ale i rozwiązań kompromisowych już dziś, by zadbać o obecne kadry medyków, zachęcić ich do pozostawiania w zawodzie i uprawiania go w kraju, a nie za granicą.

Jak najszybszego urealnienia wymagają wyceny świadczeń. Powszechnie wiadomo, że bez tego chociażby szpitale będą popadały w spiralę zadłużenia. Ministerstwo Zdrowia ma inną diagnozę – powodem jest złe zarządzanie. Ma plan odsunięcia od niego lekarzy,

a stery zamierza powierzyć certyfikowanym menedżerom, których zadaniem będzie restrukturyzacja szpitali. Restrukturyzacja takich skomplikowanych i specyficznych organizacji jest nie lada wyzwaniem. Operacja taka nie przynosi od razu oczekiwanych efektów, a nawet na początkowym etapie trzeba się liczyć z regresem. Skala wyzwania będzie tym większa, że najcenniejsze zasoby, jakimi są ludzie, szybko będą się wykruszać. Osoby w wieku emerytalnym – czy to lekarze, czy pielęgniarki – nierozpieszczani zarobkami zapewne nie będą chcieli uczestniczyć w emocjonalnie obciążającym procesie przekształceń i będą woleli przejść do lecznictwa otwartego, również do sektora prywatnego lub w ogóle zrezygnować z pracy. Kto zatem będzie w szpitalach leczył chorych i jednocześnie kształcił młodzież lekarską, a może jeszcze do tego sprawował nadzór nad obcokrajowcami, ponosząc za to odpowiedzialność? Jeśli do tego będzie szybko rosła liczba pacjentów, którzy obciążeni popandemicznym długiem zdrowotnym zapełnią szpitale, plus będziemy mieć do czynienia z nawrotami pandemii, to przyszłość rysuje się wyjątkowo niepomyślnie.

Pozostaje ufać, że doświadczeni i certyfikowani menedżerowie z tych bojów wyjdą zwycięsko, a co najważniejsze, zwycięsko wyjdą pacjenci. Warto jednak mieć plan „B” i trzeba wierzyć, że decydenci taki przygotowują. Na razie dziarsko idą do przodu z ustawą o wynagrodzeniach, ignorując zastrzeżenia, nie słuchają głosu reprezentacji zawodów medycznych. Proces legislacyjny jest karykaturalny – w środę rząd przyjmuje projekt ustawy, w czwartek rano jest już pierwsze czytanie w sejmie (o czym posłowie i potencjalni goście dowiadują się tuż przed posiedzeniem). Wszystkie propozycje poprawek przepadają, wniosek o wysłuchanie publiczny również.

Jako że – jak napisano w „Polskim Ładzie” – „na zdrowiu się nie oszczędza”, w dokumencie zapowiedziano utworzenie Funduszu Modernizacji Szpitali, kolejnego obok Funduszu Medycznego tworów, którego powołanie

budzi wątpliwość. Czy konieczne jest mnożenie bytów tak, jakby obecnie istniejące instytucje nie mogły wypełniać tych funkcji? Obok funduszy, „Polski Ład” zapowiada utworzenie kolejnej struktury – Agencji Rozwoju Szpitali. Można odnieść wrażenie, że gdy brakuje pomysłów na rozwiązanie poważnych problemów, jak zakłucie pojawia się propozycja: „utwórzmy agencję, fundusz, zespół” (niepotrzebne skreślić).

W „Polskim Ładzie” znalazły się propozycje, o których słyszeliśmy od dawna, np. ustawa o jakości, nad którą prace toczą się od czterech lat i mamy nadzieję, że już wkrótce zostaną sfinalizowane, a długo oczekiwane wprowadzenie modelu no-fault stanie się faktem. Do tychczasowe doświadczenia każą jednak ze szczególną uwagą przyglądać się powstawaniu tej regulacji i obserwować przebieg konsultacji, czy będą one autentyczne, czy też pozorowane.

Profilaktyka 40+ to następny program, o którym słyszemy od dłuższego czasu. Trzeba mu przyklasnąć, ale w „Polskim Ładzie” nie ma odpowiedzi na pytanie o koszty i źródła ich pokrycia. Tu również wracamy do pytania, które cały czas towarzyszy czytelnikowi „Ładu”, czy mamy odpowiednie zasoby, by ten program przeprowadzić sprawnie i by szybko zaopiekować się pacjentami, u których wykryje się symptomy chorób, bo przecież trafią oni do niewydolnego systemu. Jeśli ścieżka pacjenta nie zostanie jasno ustalona, a przejście po niej okaże się skomplikowane, to stanie się to powodem frustracji i niezadowolenia, które skupią się na konkretnej placówce, lekarzu czy pielęgniarkę, ale już nie decydentach z ul. Miodowej w Warszawie. Podobnie może się stać ze zniesieniem limitu do specjalistów. Skąd ich weźmiemy? Tego nie wiadomo, ale wiadomo, że niezadowolenie i rozczarowanie skieruje się ku „pracownikom liniowym”.

W dokumencie programowym rządzącej koalicji nie mogło zabraknąć deklaracji o rozwoju nowoczesnych technologii w służbie zdrowia. I dobrze, tyle że zdawkowo (i to w innej, niezdrowotnej części) potraktowano wykluczonych cyfrowo, a ponadto informatyzacja obsługi pacjentów to ledwie początek prawdziwej cyfrowej transformacji na miarę XXI w.

W „Ładzie” mowa jest o programie badawczym nad COVID-19, choć bez wyjaśnienia, z jakich źródeł będzie on finansowany. W ogóle brakuje choćby wzmianki o opiece stomatologicznej, mimo że zaniedbania w tej dziedzinie są ogromne i rzutuje to na stan zdrowia całego społeczeństwa. Dziwi też, że skoro we wprowadzeniu do dokumentu mówi się o przełamywaniu skutków pandemii, wyciąganiu wniosków z tego doświadczenia, a zdrowie wymienia się na pierwszym miejscu, to pomija się potrzebę wzmocnienia służb sanitarno-epidemiologicznych i diagnostyki laboratoryjnej.

W części „Polskiego Ładu” poświęconej zdrowiu zebrano więc projekty, nad którymi prace toczą się już od pewnego czasu. Powstał zbiór propozycji, ale nie widać spójnej koncepcji, ku czemu zmierzamy. Jak ma wyglądać system ochrony zdrowia w perspektywie 2023 i 2030 r.? Wiemy, że w PKB zwiększy się udział wydatków na zdrowie, ale

to nie wystarczy. Aby projekt był wiarygodny, powinien określać, na co i dlaczego środki będą skierowane, czy na kolejne instytucje, fundusze, projekty o dyskusyjnej efektywności, czy na świadczenia medyczne i poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, które szybko się starzeje i do tego długo jeszcze borykać się będzie z trudnymi do przewidzenia długofalowymi skutkami pandemii.

Bez jasnej koncepcji karkołomne będzie przekonanie do konieczności ponoszenia wyższych obciążeń na zdrowie, które zostały w „Polskim Ładzie” ogłoszone. Jak powiedziała Margaret Thatcher: „Nie ma czegoś takiego jak publiczne pieniądze. Jeśli rząd mówi, że komuś coś da, to znaczy, że zabierze tobie, bo rząd nie ma żadnych własnych pieniędzy”. Łatwiej to obywatelom zaakceptować, kiedy jest przedstawiona jasna wizja, co w zamian.

Nie jest dobrym sygnałem fakt, że minister Adam Niedzielski w jednym z wywiadów zapytany o przewidywane zwiększone z powodu zmian podatkowych wpływy ze składki zdrowotnej uchyla się od odpowiedzi, i uciekając w formułę „To nie ja, to kolega”, wskazuje na ministra finansów, ministra rodziny i ministra rozwoju... Deklaruje, że będzie się skupiał na – jak to określa – mądrym inwestowaniu uzyskanych środków.

To pokazuje, jak mocno zakorzenione jest resortowe podejście do zdrowia, mimo że od dawna postuluje się potrzebę wprowadzenia zmian w strukturach rządowych, aby problemy zdrowia publicznego były traktowane kompleksowo i nie tylko resort zdrowia czuł się za nie odpowiedzialny.

Szczególnie bulwersujący komentarz do dyskusji wokół „Polskiego Ładu” i racjonalnych wydatków dopisało samo życie. Jak się okazało, że środków publicznych przyznanych przez Narodowy Instytut Wolności, nadzorowany przez Ministra Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu, finansowana jest działalność portalu internetowego propagującego postawy antyszczepionkowe. Popłynął tam milion złotych publicznych, czyli naszych pieniędzy, a jednocześnie z drugiej kieszeni finansuje się kampanię zachęcającą do szczepień. Walczymy z pandemią, jako społeczeństwo ponosimy tego wysokie koszty, ochrona zdrowia jest na granicy wydolności, a jednocześnie państwowa instytucja wspiera ruch szkodzący zdrowiu publicznemu i sabotujący wysiłki medyków. Gdzie tu ład? Gdzie logika?

Podobne słowa cisną się na usta, gdy zamiast dialogu jest forsowanie rozwiązań chociażby tych dotyczących zatrudnienia lekarzy spoza UE na szczególnych warunkach, bez właściwego sprawdzenia kwalifikacji i znajomości jęz. polskiego. Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie cudzoziemców jest zaskarżona do Sądu Najwyższego. A jednocześnie widać, że brakuje czasu na przygotowanie ustawy o funduszu kompensacyjnym, by dać większe poczucie bezpieczeństwa pacjentom, którzy obawiają się poważnych powikłań po szczepieniach przeciwko COVID-19. Od miesiący nie powołano Głównego Inspektora Sanitarnego, co w czasie pandemii i kolejnych jej fal musi mocno dziwić. Czy takiego polskiego ładu oczekuje polski podatnik? ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Nowy ładu?

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłosiło uwagi do społeczno-gospodarczego programu „Polski Ład”. W stanowisku z 20 maja pozytywnie oceniono fakt, że kwestie dotyczące polskiej ochrony zdrowia zostały ujęte w rządowym dokumencie i określone jako wymagające istotnej poprawy. Jednakże, według opinii PNRL, same założenia mają głównie charakter hasłowy i są pozbawione szczegółów.

Podsumowano, że realny wpływ zapowiadanych zmian na system ochrony zdrowia będzie możliwy do ustalenia i oceny w momencie przedstawienia projektów aktów prawnych, które będą miały wprowadzić w życie programowe plany. Pełną treść stanowiska można przeczytać na stronie internetowej NIL. ■



Niższe minimum wynagrodzenia

19 maja PNRL podjęło stanowisko w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, w którym m.in. krytycznie ocenia tryb prac poprzedzających ogłoszenie projektu oraz po raz kolejny zgłasza konieczność weryfikacji wysokości wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zaznaczając, że ich obecny poziom jest dalece niezadowalający.

Projekt prowadzi de facto do obniżenia poziomu minimalnego wynagrodzenia lekarzy poprzez przyjęcie niższego współczynnika przeliczeniowego od stosowanego obecnie. PNRL podkreśla, że brak jasno określonej przez ustawodawcę perspektywy wzrostu wynagrodzeń lekarzy pracujących w ochronie zdrowia doprowadzi do dalszej zapaści systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz pogłębi zjawisko przechodzenia lekarzy do

sektora prywatnego lub skłaniać będzie do najczęściej bezpowrotnej emigracji zarobkowej. Pełna treść stanowiska na s. 9.

Prezes NRL zwrócił się o poparcie tego stanowiska do konsultantów krajowych, a także przekazał ten dokument ministrowi zdrowia oraz posłankom i posłom z prośbą o wnikliwą analizę, jak również uwzględnienie wniosków z niej płynących w pracach legislacyjnych.

Stanowisko PNRL załączono także do pism skierowanych do przewodniczącego Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność” oraz przewodniczącego Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, w których prezes NRL z wielkim ubolewaniem i brakiem zrozumienia odnotowuje fakt, że obie organizacje poparły zmiany niezgodne z interesem pracowników medycznych.

20 maja odbyło się wspólne posiedzenie Komisji Finansów Publicznych oraz Komisji Zdrowia w Sejmie, na które zaplanowano pierwsze czytanie rządowego projektu. Przeciwno jego założeniom wypowiadali się przedstawiciele zawodów

medycznych oraz postawie opozycji. Prezes NRL zwrócił m.in. uwagę na obraźliwy dla środowiska krok resortu zdrowia zmierzający do obniżenia współczynnika wynagrodzeń oraz eliminację samorządu lekarskiego i reprezentantów innych zawodów medycznych z prac Trójkątnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, w ramach którego opracowywano propozycję nowelizacji. Prof. Andrzej Matyja wskazał także, że zarobki lekarzy w większości krajów, z którymi nasz system ochrony zdrowia powinno się porównywać, stanowią średnio ponad dwukrotność przeciętnego wynagrodzenia, co sprawia wrażenie wprowadzania mechanizmu „zachęty” dla lekarzy i lekarzy dentystów do wyjazdów za granicę w celach zarobkowych.

Wszystkie poprawki dotyczące zmian we współczynnikach zgłoszone przez opozycję zostały odrzucone. Połączone komisje przyjęły rządowy projekt ustawy większością głosów. Drugie czytanie odbyło się na posiedzeniu Sejmu 21 maja, a projekt został ponownie skierowany do komisji w celu rozpatrzenia poprawek. ■



Charakterystyka choroby COVID-19

Wybitni eksperci wielu kluczowych dziedzin medycyny i nauki w ramach inicjatywy „Nauka przeciw pandemii”, którą wspiera m.in. Naczelna Izba Lekarska, opracowali tzw. białą księgę pt. „Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne.

Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów”. Jest to pierwsza tak kompleksowa publikacja na temat wieloukładowych objawów, najbardziej powszechnych powikłań i rekomendacji w diagnostyce, leczeniu oraz terapii po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2. ■



SKRINING

Za paszportem covidowym

W stanowisku z końca kwietnia Prezydium NRL poparło propozycję Komisji Europejskiej w sprawie ustanowienia ogólnounijnych ram dotyczących wydawania, weryfikacji i uznawania zaświadczeń potwierdzających, że dana osoba została zaszczepiona przeciwko COVID-19, uzyskała ujemny wynik testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 albo wyzdrowiała po zakażeniu, określanych

jako „zielone zaświadczenie cyfrowe”, i jednocześnie zachęca instytucje unijne do kontynuowania prac nad wdrożeniem wspólnej europejskiej karty szczepień, która mogłaby być elementem krajowych programów immunizacyjnych.

PNRL ma nadzieję, że tymczasowe zaświadczenia, ułatwiające przemieszczanie się pomiędzy państwami członkowskimi UE oraz Europejskiego Obszaru

Gospodarczego i przebywanie na ich terytorium, będą dodatkową zachętą dla mieszkańców tych krajów do zaszczepienia się przeciwko COVID-19.

Podkreślono również, że instytucje UE muszą zadbać o to, aby omawiane regulacje nie dyskryminowały osób, które nie miały jeszcze możliwości zaszczepienia lub nie mogły być zaszczepione ze względów medycznych. ■

Podziękowania za wsparcie dla lekarzy

Do Naczelnej Izby Lekarskiej sływa wiele informacji o różnych formach wsparcia medyków w walce z pandemią. Jedną z nich była inicjatywa 9-letniej Martynki z Rumii, która na ogrodzeniu przed swoim domem wywiesza banery m.in. z hasłami i rysunkami z podziękowaniami dla medyków. Doceniając jej postawę, prezes NRL przekazał dziewczynce upominek. ■

Nadchodzą kasy online

Na początku kwietnia prezes NRL wspólnie z prezesami dwóch samorządów zawodów prawniczych – Naczelnej Rady Adwokackiej i Krajowej Rady Radców Prawnych – zwrócił się do ministra finansów o przesunięcie terminu wprowadzenia obowiązku ewidencji sprzedaży przy użyciu nowych kas fiskalnych (tzw. kas online) o co najmniej sześć miesięcy. Powodem tego wniosku są skutki wywołane epidemią, w tym ograniczenie przychodów przy jednoczesnym wzroście kosztów działalności podatników z branży medycznej i prawniczej.

W odpowiedzi Ministerstwo Finansów nie zgodziło się na zmianę terminu. Wskazano jednak, że podatnicy, którzy są zobowiązani do prowadzenia ewidencji przy pomocy kas online, mają prawo do odliczenia od podatku należnej kwoty wydanej na jej zakup w wysokości 90 proc. ceny (bez podatku), nie więcej jednak niż 700 zł.

Kasy online mają zastąpić kasy rejestrujące z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii. Termin ich obowiązkowego wprowadzenia dla niektórych grup podatników, w tym świadczących usługi w zakresie opieki medycznej, to 1 lipca 2021 r. ■

Apel o zmiany w prawach pacjenta

PNRL zaapelowało do ministra zdrowia o podjęcie prac nad nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w kierunku rozszerzenia katalogu sytuacji, w których możliwe jest wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia o podwyższonym ryzyku terapeutyczno-diagnostycznym w formie dokumentowej. Zaproponowano, aby zgoda mogłaby być udzielona w systemie teleinformatycznym usługodawcy pod warunkiem spełnienia wymagań technicznych opisanych w „Minimalnych wymaganiach technicznych i funkcjonalnych dla systemów usługodawców” – dokumencie wydanym na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał na konieczność zapewnienia możliwości prawnych prowadzenia całej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. PNRL zwraca uwagę, że podstawowym założeniem wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej jest eliminowanie wytwarzania dokumentów w wersji papierowej, a proponowane rozwiązanie służy realizacji tego postulatu. ■

USTAWA O WYNAGRODZENIACH W PODMIOTACH LECZNICZYCH

STANOWISKO Nr 59/21/P-VIII

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 19 maja 2021 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, umieszczonym w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów pod numerem UD 213, przedstawia następujące uwagi:

Samorząd lekarski krytycznie ocenia tryb prac poprzedzających ogłoszenie projektu ustawy. Do Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia nie zostali zaproszeni w charakterze pełnoprawnej strony przedstawiciele samorządu lekarskiego, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy ani przedstawiciele innych samorządów zawodów medycznych. W rezultacie, zapoznając się z uzasadnieniem do projektu ustawy, można odnieść błędne przekonanie, że – poza Forum Związków Zawodowych

– wszyscy interesariusze systemu ochrony zdrowia akceptują przedłożone w projekcie ustawy propozycje zmiany siatki wynagrodzeń. W rzeczywistości jednak Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło żadnego dialogu ze środowiskiem lekarskim w sprawie zmiany wysokości wynagrodzeń, a przebieg prac Zespołu Trójstronnego wskazuje na próbę marginalizacji roli personelu lekarskiego w systemie opieki zdrowotnej.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej od dłuższego czasu podkreśla, że konieczna jest weryfikacja wysokości wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Obecny poziom tych wynagrodzeń jest dalece niezadowalający. Współczynniki wynagrodzenia lekarzy są jednymi z najniższych, jeśli nie najniższymi, w całej Unii Europejskiej. W większości krajów, z którymi nasz system ochrony zdrowia powinien się porównywać, wynagrodzenie lekarza specjalisty znacznie przekracza dwukrotność przeciętnego wynagrodzenia, w tym na Słowacji i w Czechach jest to poziom 2,4 przeciętnego wynagrodzenia, na Węgrzech 2,5 przeciętnego wynagrodzenia, a w Niemczech

3,5 przeciętnego wynagrodzenia. W związku z tym samorząd lekarski krytycznie ocenia proponowane w projekcie ustawy minimalne zmiany współczynników pracy, które dla lekarza specjalisty mają wynieść 1,31 przeciętnego wynagrodzenia, dla lekarza z I stopniem specjalizacji 1,2 przeciętnego wynagrodzenia, dla lekarza bez specjalizacji 1,06 przeciętnego wynagrodzenia. Śladowe zmiany współczynnika wynagrodzenia w tych grupach lekarzy wahające się od 0,01 do 0,04 przeciętnego wynagrodzenia sprawiają, że zgłoszona przez Ministerstwo Zdrowia propozycja jest nie do przyjęcia dla środowiska lekarskiego. Zaproponowane zmiany – np. o kwotę 19 zł brutto dla specjalisty – są w odczuciu wielu lekarzy szyderczą i wysublimowaną formą podziękowania za ofiarną postawę naszego środowiska w okresie walki z epidemią koronawirusa. Nie do zaakceptowania jest także proponowana zmiana współczynnika pracy w grupie zawodowej lekarzy stażystów, ponieważ wynagrodzenie lekarza stażysty po zmianie nadal ma być na poziomie znacznie niższym niż przeciętne wynagrodzenie.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina, że wynagrodzenie zasadnicze lekarza specjalisty wynegocjowane w czasie tzw. protestu rezydentów w lutym 2018 r. wynosiło co najmniej 6750 zł miesięcznie i zostało zagwarantowane w ustawie z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r. poz. 1532). W owym czasie kwota 6750 zł miesięcznie stanowiła równowartość 1,6 przeciętnego wynagrodzenia. Z opiniowanego projektu ustawy wynika, że od 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie spadnie z przyjętego w 2018 r. poziomu 1,6 do poziomu 1,31 przeciętnego wynagrodzenia. Obniżkę tę lekarze specjaliści odczytują jako wysoce niesprawiedliwą i oczekują co najmniej utrzymania współczynnika procentowego do przeciętnego wynagrodzenia takiego jak w roku 2018 i zarazem nakreślenia ustawowej perspektywy wzrostu w nadchodzących latach – zrobiono tak w innych

krajach Unii Europejskiej, w tym na Węgrzech. Zmian takich oczekują także pozostałe grupy lekarzy, których dotyczy wspomniana ustawa.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej uważa, że ustawa powinna gwarantować stopniowy wzrost wynagrodzeń lekarzy specjalistów w taki sposób, aby wynosiło ono co najmniej: w roku 2021 – 1,65 przeciętnego wynagrodzenia, w roku 2022 – 1,85 przeciętnego wynagrodzenia, w roku 2023 – 2,0 przeciętnego wynagrodzenia, w roku 2024 – 2,2 przeciętnego wynagrodzenia, w roku 2025 – 2,4 przeciętnego wynagrodzenia, w roku 2026 – 2,7 przeciętnego wynagrodzenia, a od roku 2027 – 3,0 przeciętnego wynagrodzenia. W ten sposób na przestrzeni kilku lat wynagrodzenia lekarzy w Polsce w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia miałyby szansę zbliżyć się do poziomu z krajów OECD.

Brak jasno określonej przez ustawodawcę perspektywy wzrostu wynagrodzeń lekarzy pracujących

w ochronie zdrowia prowadzić będzie nieuchronnie do dalszej załamania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, będzie ponadto pogłębiał zjawisko przechodzenia lekarzy do sektora usług komercyjnych lub skłaniał do – najczęściej bezpowrotnej – emigracji zarobkowej do innych krajów Unii Europejskiej, gdzie zarobki lekarza kształtują się na znacznie wyższym poziomie w stosunku do przeciętnych zarobków w gospodarce.

Mając na uwadze, jak trudno ukończyć kształcenie na kierunku lekarskim czy lekarsko-dentystycznym, ile wysiłku lekarze muszą następnie włożyć w zdobycie wybranej specjalizacji, ile czasu potrzeba na zdobycie różnego rodzaju dodatkowych umiejętności istotnych przy sprawowaniu opieki nad pacjentem oraz jak trudną i odpowiedzialną pracę wykonują, lekarze mają prawo oczekiwać godziwego wynagrodzenia, zapewniającego jednocześnie ciągłość funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Zjazd online

Tegoroczne okręgowe zjazdy lekarzy, w czasie których podejmowane są uchwały dotyczące różnych aspektów funkcjonowania izb lekarskich, ze względu na panującą pandemię COVID-19 nie mogły odbyć się stacjonarnie. Decydowano się więc na przeprowadzenie ich w trybie obiegowym.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie postanowiła pójść o krok dalej i zorganizować swój zjazd online. Obrady

były transmitowane w czasie rzeczywistym, a podczas spotkania zachowano wszelkie reguły i możliwość swobodnej dyskusji – tak jak odbywa się to w tradycyjnej formule.

Jak informuje OIL w Warszawie, zjazd udało się przeprowadzić zdalnie dzięki wykorzystaniu specjalnej platformy internetowej, która umożliwiała podjęcie interakcji oraz udział w głosowaniu. Spotkanie trwało w sumie sześć godzin. ■

Echa kampanii #szanujmedyka



Pracownicy Szpitala Miejskiego nr 4 w Gliwicach

Tysiące udostępnień w internecie, artykuły, materiały w ogólnopolskich stacjach telewizyjnych i radiowych, nawet przedruk w jęz. angielskim. Odezwy na akcję #szanujmedyka, zorganizowaną wspólnie przez Śląską Izbę Lekarską i Śląski Uniwersytet Medyczny, przerósł oczekiwania organizatorów. Co prawda pojawiła się także krytyka i wypowiedzi w stylu „a kiedy będzie akcja #szanujpacjenta?”, jednak tych negatywnych reakcji było zdecydowanie mniej. Przypomnijmy, że w ramach kampanii

personel medyczny przypina do ubioru plakietki z hasłem „Szanuję Ciebie – Szanuj Mnie!”. Dodatkowo w mediach społecznościowych ŚIL i SUM opublikowano różne historie związane z hejtem, jaki spotkał medyków podczas wykonywania pracy. Organizatorzy akcji nie kryją zadowolenia, że udało się sprowokować do dyskusji o potrzebie wzajemnego szacunku, podkreślają jednak, że zmiana stosunku i postępowania części pacjentów wobec personelu medycznego to długotrwały proces. ■

Zarzuty za zniesławianie i znieważanie lekarzy

Starosta Pilecki Eligiusz Komarowski usłyszał zarzuty zniesławiania i znieważania lekarzy ze Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile. Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez samorządowca w lipcu ub.r. złożyła Wielkopolska Izba Lekarska. Wcześniej przedstawiciele WIL wspierali pilskich lekarzy w protestach przed lecznicą pod hasłem „Tak dla leczenia, nie dla niszczenia”.

Dodatkowo WIL w imieniu lekarzy ze szpitala w Pile wystąpiła też do sądu na drodze cywilnej m.in. o zakazanie rozpowszechniania nieprawdziwych i naruszających dobra osobiste obraźliwych wypowiedzi o lekarzach – Sąd Okręgowy w Poznaniu w listopadzie ub.r. wydał postanowienie o zabezpieczeniu roszczenia. Również na drodze sądowej WIL domaga się opublikowania przez pozwanego przeprosin. ■

Współpraca ze stomatologią geriatryczną

Na początku maja doszło do podpisania listu intencyjnego o współpracy pomiędzy OIL w Warszawie i tamtejszą komisją ds. lekarzy dentyistów a Polskim Towarzystwem Stomatologii Geriatrycznej. Obszarem wspólnych działań ma być m.in. praca dydaktyczna, badawcza i naukowa oraz realizacja wspólnych projektów dotyczących działalności samorządu lekarskiego i polityki stomatologicznej, promocji zdrowia jamy ustnej wśród seniorów, a także rozwój nauki z zakresu stomatologii geriatrycznej. W liście zaznaczono, że w ciągu najbliższych 12 miesięcy musi dojść do zawarcia szczegółowej umowy o współpracy. Jednym z pierwszych wspólnie realizowanych przedsięwzięć ma być konferencja naukowa.



Kiedy polska „służba zdrowia” ⤵ upadnie (z hukiem)?

Po takim tytule czytelnicy mają prawo zakładać, że autor niniejszego felietonu jest osobą emocjonalnie rozchwianą. I to w takim stopniu, że emocje ograniczają mu zdolność do prawidłowego nazywania i oceniania rzeczy. Albo że jest jakimś nawiedzonym osobnikiem z ideą nadwartościową, np. szalonym związkowcem z jedynie roszczeniowym nastawieniem do świata otaczającego.

Krzysztof Madej

Może i wiele z tych przesłanek, do późniejszego rozpoznania, dałoby się obronić, tyle że ja w tej chwili nie antycypuję, ani nie próbuję prorokować, tylko cytuję.

Cytuję tych wszystkich, którzy przez ostatnie 22 lata twierdzili, że już za chwilę system ochrony zdrowia ogarnie taki kryzys, że społeczeństwo, jako całość, upomni się o swoje konstytucyjne prawo do wydolnej ochrony swojego zdrowia, a rządzący ze strachu przed utratą władzy zostaną zmuszeni do myślenia i działania, które to prawo zagwarantuje. Te 22 lata liczę od momentu wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nazywanej w skrócie ustawą o kasach chorych. To, moim zdaniem, była ostatnia reforma systemu ochrony zdrowia, bo przeprowadzona szeroko, systemowo, na fali ogólnoustrojowej retoryki w skali państwa. Czy po upływie tych lat rzeczywiście możemy ją uznać za godną miana „reformy”? Zdania są podzielone i jest to temat na osobne rozważania. Nie brakuje takich, którzy twierdzą, że poza bardzo dużym wzrostem nakładów na ochronę zdrowia w tym czasie niewiele się zmieniło, a jeśli już, to na gorsze. Zapadalność rośnie, śmiertelność rośnie, długi rosną, biurokracja rośnie, wiek profesjonalistów medycznych rośnie, a ich liczba maleje, dostępność maleje, itd. itp.

Przez te wszystkie lata co rusz powraca teza, że już za chwilę, najczściej we wrześniu (bo wtedy odnawia się życie społeczne po wakacjach, a poza tym zaczyna się druga połowa roku budżetowego, na który nie ma jakoby pieniędzy, bo zostały zjedzone w pierwszej połowie), wybuchnie taki kryzys, że wszyscy zostaną zmuszeni do odrzucenia politycznych miazmatów i zostanie zrobione w końcu to, co powinno być zrobione. A co? Tego dokładnie nie wiadomo do dzisiaj, ale ogólnie można powiedzieć, że należy zrobić to, co nam się będzie podobało, a jak się nie będzie podobało, to będziemy protestować dalej. Początek takiego sposobu myślenia umownie przypiszę do mało zauważonego wówczas i niezbyt zapamiętanego faktu, że kasy chorych po pierwszym roku swojego funkcjonowania „zrobiły” 400 mln zł nowego długu. Prorocy wieszczili więc straszny kryzys,

zawody medyczne protestowały, każdy ze swoimi postulatami, a izby lekarskie doskonalily węzową sztukę udziału w życiu publicznym, sztukę grózb i tupnięć nóżką na zmianę z łaszeniem się i umizgiwaniem do aktualnie miłościwie nam panujących. Gdy lekarze konstatowali nieskuteczność swoich napomnień reformatorskich i protestów, pojawiała się nadzieja, że inne grupy lub nawet całe społeczeństwo przystąpią do działania. Mówiło się często tak, że my lekarze jesteśmy nieliczni i podzieleni, ale pielęgniarki – środowisko jednolite, zdesperowane, bardzo zaniedbane i poszkodowane, liczne i tym liczniejsze, że liczone z rodzinami (rodziny pielęgniarek nie są pielęgniarkami, a współmałżonkowie lekarzy są na ogół lekarzami i przez to ich interes społeczny zawęża się) i jak one – pielęgniarki, lub inne grupy zawodowe, ruszą to – wiatr historii przewietrzy cały kraj i naszą „służbę zdrowia”

Te tumulty owszem były, ale na ogół kończyły się one (i tak jest do dziś) w ostatniej chwili podpisaniem tzw. „porozumienia”, albo jeszcze lepiej „porozumienia o współpracy”. Zauważyłem ostatnio, że najlepszym sposobem na uwolnienie się od roszczeń dołów organizacyjnych oczekujących współpracy z decydentami jest podpisanie porozumienia o współpracy. Porozumienie o współpracy zastępuje wówczas współpracę i działa na równych z nią zasadach. To proroctwo kryzysu zawsze odświeża pewne marzenie o tym, że będzie on dźwignią do uczynienia zdrowia, w skali społecznej, wartością polityczną i jeszcze na dokładkę, że wartość ta będzie równo cenna dla wszystkich uczestników gry (walki) politycznej i że rozwiązywanie problemów cząstkowych oraz budowanie wizji reformy docelowej będzie się odbywało ponad podziałami. Łza się w oku kręci, bo wspomnienie to ma dla mnie w dzisiejszych realiach wymiar nostalgiczny, żeby nie powiedzieć zabawny. Takiego upolitycznienia refleksji o systemie ochrony zdrowia przez te dziesiątki ostatnich lat jeszcze nie widziałem. Nijak się ona ma do dawnych, naiwnych czasów, kiedy prawica walczyła o władzę z lewicą. Teraz jest to dziesięć razy bardziej skomplikowane. Proroctwo kryzysu w systemie, który zmienia wiele, ma także bardzo silne podstawy psychologiczne. To jest projekcja kataklizmu, który

może zmienić reguły gry. Wynika ono z założenia, że rozwalenie starego polskiego ładu jest szansą na utworzenie nowego polskiego ładu.

Idea marzenia o kryzysie nie przeminęła. Teraz lejtmotywem jest wiek lekarzy. Gdy ci wszyscy: lekarze i pielęgniarki w wieku około i grubo ponad 60 lat życia opuszczą szeregi czynnych zawodowo, a jest ich w tej chwili większość, to znacznie się prawdziwe dbanie o ochronę zdrowia. Pożyjemy (albo i nie) i zobaczymy.

Nie zapomnę pewnego protestu lekarzy, który po długim przemarszu ulicami Warszawy dotarł pod Sejm. Było chmurnie i posępnie. Okrzyki i postulaty wnoszone radykalne, bardzo poważne i formułowane w tonie ultymatywnym. Do wielotysięcznego tłumu konsyliarzy wyszedł ówczesny minister zdrowia, serdecznie powitał „kolegów” (witam państwa bardzo serdecznie! bardzo serdecznie!) i podziękował wszystkim za przybycie. Bo teraz, po otrzymaniu postulatów i widząc takie tłumne dla siebie poparcie (tak to od razu zdefiniował), wie, co ma robić. Medyczny tłum jęknął z ukontentowania, że dobrze wykonał swoją robotę. Nareszcie minister wie, co należy zrobić, żeby było lepiej, a protestujący, że dzięki tej bezprecedensowej, masowej akcji udało się dotrzeć do uszu decydentów z jedynie słusznymi postulatami i już za chwilę nastąpią jakieś pozytywne (bo minister je zapowiedział) zmiany. Do tej pory przecieram zdumione oczęta na to wspomnienie.

Ale, ale! Byłbym zapomniał! Pozwolę sobie teraz odpowiedzieć na pytanie postawione w tytule (wszystko co do tej pory to przecież był historyczny wstęp). Zastosuję rzadziej stosowaną w literaturze kryminalnej figurę narracyjną – od razu powiem „kto zabił”, a napięcie będę budował przy pomocy mnożenia innych, niż niewiedza „kto zabił”, wątpliwości dotyczących elementów fabuły.

Nie będzie żadnego kryzysu, żadnego „upadku” ani też żadnej istotnej reformy. W dalszym ciągu będzie ciąg drobnych czynności regulacyjnych, „chocholi taniec” propagandy i, co najwyżej, przepychanki personalne.

A dlaczego tak twierdzę? Po pierwsze dlatego, że na stole leży straszliwa góra pieniędzy. Wiem, wiem, pamiętam, że za mało, ma być 6,8 proc. PKB, a jest (różnie to liczą) 5 z groszami (i ze wskaźnikiem tym jesteśmy przy końcu tabeli państw cywilizowanych). Ale jeśli porównać to z nakładami na inne działy życia publicznego: wojsko – 2,2 proc. PKB, oświata – 3,6 proc., działalność badawczo – rozwojowa – 1,5 proc., to w dalszym ciągu jest to ogromny, na nasze możliwości, kapitał do zagospodarowania i obsłużenia. To sprawia, że sama wielkość tego (co ważne, gwarantowanego) kapitału, a szczególnie mnogość tzw. interesariuszy stabilizuje ten system i przeciwdziała potencjalnym w nim zmianom.

Życie natomiast wypełnia się walką o dostęp do tego skarbcza. Powstają coraz to nowe fundusze nacełowane na realizację zadań definiowanych jako obsługa systemu ochrony zdrowia, ale często służących wyprowadzaniu pieniędzy na bok, na własny, mało związany ze zdrowiem publicznym interes biurokracji czy cel komercyjny.

Po drugie, społeczeństwo polskie jest zdrowotnie zaniedbane, wskaźniki zapadalności chorobowości i śmiertelności są wysokie i to zmusza nas do stałego gaszenia pożarów, w ramach

dotychczasowych struktur, a nie do szukania nowych systemowych modeli organizacyjnych.

Dalej, w Polsce jest bardzo dużo zakładów opieki zdrowotnej, które w swoim zbiorowym wysiłku wywierają lobbystyczną presję na funkcjonowanie na własnych zasadach lub zasadach określonych przez ich organy założycielskie bez względu na efekty ich działalności, przeciwstawiając się jakimkolwiek zmianom systemowym.

I na koniec, system ochrony zdrowia obudowany jest bardzo grubą już otuliną aparatu biurokratycznego: administracyjno – politycznego i ma już tak wielu zdefiniowanych beneficjentów, że wszyscy oni w zbiorowym oporze będą konserwować obecną sytuację.

Jeśli do tego dodamy, że w życiu państwa jesteśmy w fazie ostrej walki politycznej z biegunowo skrajnymi postawami, wyborami i podłożem programowym, a najczęściej bez żadnego programu, to nie jest to dobry klimat do rozwijania i wdrażania nowych rozwiązań systemowych.

System ochrony zdrowia wbrew hasłom i wbrew oczekiwaniom „ojców założycieli”, że się sam zintegruje, bo nowa instytucja finansowa zmusi go do tego, optymalizując wydatki i poprzez decyzje finansowe wymusi racjonalizację działania, podzielił się na

autonomiczne części rządzące się odmiennymi regułami gry. Najlepszym dowodem na zobrazowanie tej prawidłowości jest to, że huraganowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia – w chwili wejścia w życie ustawy o kasach chorych nakłady ze środków publicznych wynosiły 32 mld zł (wiem, inne warunki gospodarcze i siła pieniądza), teraz jest to 120 mld zł – w sensie funkcjonalnym niewiele zmienił. A to, że coraz więcej świadczeń „ucieka” na wolny rynek komercji, o niczym nie świadczy.

Ktoś powie: dług wymusi jakieś działania. Nie wymusi. Dług to tylko 13-14 mld zł, a to jest tylko 10 proc. rocznego, już nieodległego budżetu całego systemu ochrony zdrowia. Dla państwa nie jest to chyba wielki problem. Wyobraźcie sobie drodzy Czytelnicy, że macie 10 proc. dług w stosunku do rocznych przychodów, np. z powodu kredytu hipotecznego. Czyli troszkę tylko ograniczyć trzeba swoje wydatki i odzyskujecie wolność. I to jeszcze przy zapewnieniach, że wasze przychody skokowo wzrosną. Według „Polskiego Ładu” w roku 2027 nakłady na tzw. „służbę zdrowia” mają wzrosnąć do 200 mld zł.

Ale żeby nie było, że powyższe uwagi napisał felietonista niekompetentny, bo nieumiejący wyciągnąć na przyszłość wniosków i na zadawane mu pytania odpowiada zawsze (i zgodnie z prawdą): nie wiem.

Bo skoro reforma systemu ochrony zdrowia nie nastąpi w mechanizmie „dezintegracji pozytywnej” (teoria rozwoju prof. Kazimierza Dąbrowskiego – please, google this), to kiedy nastąpi, i w jakim mechanizmie?

Nastąpi ona wtedy, gdy zmieni się ustrój państwa. A ustrój zmieni się, kiedy społeczeństwo będzie chciało tej zmiany (tak jak chciało w roku 1989) i kiedy do głosu dojdzie klasa polityczna, która będzie chciała tej zmiany. Kiedy to nastąpi? Nie wiem. ■

Zauważyłem ostatnio, że najlepszym sposobem na uwolnienie się od roszczeń dołów organizacyjnych oczekujących współpracy z decydentami jest podpisanie porozumienia o współpracy. Porozumienie o współpracy zastępuje wówczas współpracę i działa na równych z nią zasadach.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Apel ws. szczepień przeciw HPV

Prezydium ORL w Łodzi zaapelowało do władz swojego miasta o wprowadzenie programu dobrowolnych bezpłatnych szczepień dziewczynek powyżej 10. r.ż., będących mieszkańkami Łodzi, przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV).

„Poddając się szczepieniu przeciw HPV kobieta zmniejsza o 70 proc. ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy

oraz o 90 proc. ryzyko rozwoju brodawek narządów płciowych, dodatkowo zmniejsza ryzyko rozwoju stanu przedrakowego szyjki macicy. Dlatego Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi uważa wprowadzenie takiego programu za niezbędne” – czytamy w apelu podjętym 18 maja.

Pełna treść tego dokumentu dostępna jest na stronie łódzkiej izby. ■

100 wspomnień na 100-lecie izb lekarskich

W tym roku obchodzimy jubileusz 100-lecia powstania samorządu lekarskiego w Polsce. Z tej okazji Ośrodek Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej zaprasza lekarzy z regionu do przesyłania wspomnień i lekarskich opowieści.

– W pamięci pozostają niezapomniane dyżury, wydarzenia, pacjenci, o których życie walczyliśmy, urywki z naszej codziennej pracy. Czy to będą

zdarzenia trudne, wręcz dramatyczne, czy też humorystyczne lub wyjątkowe – wszystkie wpisują się w naszą osobistą historię. Historię naszych miejsc pracy i historię warmińsko-mazurskiej medycyny. Dołączmy do niej swoją cegiełkę – zachęca przewodniczący Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny dr Jan Zygmunt Trusewicz.

Wspomnienia można przysyłać do 1 września. Zostaną one opublikowane w „Biuletynie Lekarskim”. ■

Filmowo na sportowo



Kadr z filmu Grupy 5E, Adrianna Franczyk, Magdalena Marcinkowska, Maja Śmietanińska

Konkurs został zorganizowany z inicjatywy przewodniczącego Komisji Sportu i Rekreacji OIL w Łodzi dr. Ryszarda Golańskiego oraz dr hab. Joanny Kostki, prodziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu ds. Jednolitych Studiów Magisterskich na Kierunku Fizjoterapia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Do projektu zgłoszono w sumie kilkanaście prac. Wybrano kilka najlepszych i na ich bazie powstały projekcje filmowe. Można je obejrzeć na kanale łódzkiej izby w serwisie YouTube. ■

„Bądź aktywny – nawet w przerwach” – pod takim hasłem OIL w Łodzi zachęcała studentów fizjoterapii do tworzenia scenariuszy na krótki film z ćwiczeniami dla lekarzy, którzy sporo czasu spędzają w pracy w pozycji siedzącej.

Uhonorowani

Znany laureatów nagrody Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae, dedykowanej osobom zasłużonym dla środowiska lekarskiego i samorządu na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Uhonorowanymi za 2020 r. zostali: Anna Frankiewicz, Marek Haczkowski, Zbigniew Jankowski i Janina Śramkiewicz, a za 2021 r. – Marzena Mazur, Aleksandra Szczepańska oraz Andrzej Zapaśnik. Nagroda Pro Bono Societatis Medicorum Pomeraniae została ustanowiona przez gdańską izbę w 2005 r. Mogą ją otrzymać także osoby spoza środowiska lekarskiego.

OIL w Gdańsku przyznała także nagrody im. dr Aleksandry Gabrysiak za rok 2020. Laureatami zostali Aleksandra i Krzysztof Kicińscy. Nagroda jest wręczana za szczególne dokonania wykraczające poza obowiązki lekarza, w tym m.in. za organizowanie i prowadzenie opieki nad dziećmi i dorosłymi z zagrożonych środowisk, uzależnionymi, a także za organizowanie akcji społecznych wspierających działalność medyczną.

Wszystkim laureatom serdecznie gratulujemy. ■

Jubileusz

Lubelska Izba Lekarska uhonorowała pediatrę Marię Nosarzewską, która ukończyła 100 lat. Lekarka przez wiele lat pełniła funkcję ordynatora oddziału dziecięcego w świdnickim szpitalu, a w 1990 r. przeszła na zasłużoną emeryturę.

Od LIL otrzymała dyplom honorowy i kwiaty, które w siedzibie izby odebrała córka jubilatki. Jak informuje „Medicus”, to pierwsza taka uroczystość w powojennej historii lubelskiej izby. ■

Asertywność w pracy

Jak stawiać granice pacjentom oraz współpracownikom? Jak być asertywnym w pracy? Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zaprasza na kurs medyczny online, podczas którego będzie można poznać odpowiedzi na te pytania. Kurs odbędzie się w II połowie tego roku. Udział jest bezpłatny, ale liczba miejsc ograniczona. Uczestnikom przysługują 4 punkty edukacyjne. ■

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

W przededniu likwidacji

W powojennej Polsce lekarz miał utrzymywać robotników i chłopów w kondycji produkcyjnej.

Pod koniec lat 40. XX w. likwidacja samorządu lekarskiego zbliżała się wielkimi krokami. Już nawet uprawiana przez ówczesne Ministerstwo Zdrowia gra pozorów, polegająca na obiecywaniu wydania aktów prawnych niezbędnych do normalnego funkcjonowania izb lekarskich, nie robiła na lekarzach wrażenia. Ideowa sprzeczność interesów ówczesnej władzy i samorządu lekarskiego stawała się coraz bardziej jawna.

BEZ SZANS NA POROZUMIENIE

Przełomem w tej rozgrywce między resortem zdrowia i samorządem lekarskim było Walne Zgromadzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, które odbyło się 5 czerwca 1947 r. w Warszawie. Z jednego zachowanego dokumentu z tego wydarzenia (protokół, który znajduje się w zbiorach Archiwum Akt Nowych) wynika, że oprócz władz NIL – prof. Mieczysława Michałowicza (prezes) oraz członków zarządu prof. Władysława Szejnacha, dra Adama Huszczy, prof. Kazimierza Baci, prof. Stanisława Popowskiego, dra Franciszka Litwina, dra Jana Rutkiewicza, dra Tadeusza Stępniewskiego i radcy prawnego NIL Władysława Janusza Tomorowicza – uczestniczyli w nim przedstawiciele wszystkich izb okręgowych. Izbę Lekarską w Katowicach reprezentowali dr Kazimierz Golonka i dr Wacław Chrzanowski. Przedstawicielami IL w Krakowie byli dr Władysław Stryeński i dr Marian Ciećkiewicz, IL w Łodzi – dr Antoni Tomaszewski i dr Michał Marzyński, IL w Lublinie – dr Cyprian Chroński, IL w Poznaniu – dr Aleksander



Dr Bogusław Kożusznik, pełniący w połowie lat 50. XX w. funkcję wiceministra zdrowia.

Schreiber i dr Józef Ceptowski, IL w Sopocie – dr Mieczysław Mielżyński i dr Władysław Uszycki, IL w Warszawie – dr Jan Konopnicki i dr Ludwik Rostkowski, IL we Wrocławiu – dr Wilhelm Knappe i dr Stanisław Szpilczyński.

Lekarz nie może być obojętny ideowo – podkreślał w swoim tekście wiceminister.

Uczestnicy tego wydarzenia doskonale zdawali sobie sprawę z powagi sytuacji i trudnego położenia stanu lekarskiego. Lekarze, coraz bardziej nękani podatkami, nakazami pracy, absurdalnymi przepisami utrudniającymi wykonywanie zawodu oraz represjami politycznymi, nie liczyli już na dojście do porozumienia z komunistyczną władzą. Do historii przeszło ostre wystąpienie prof. Michałowicza, w którym wypunktował podstępne działania rządzących wobec samorządu lekarskiego. Oto jego fragment: „Jest tendencja zepchnięcia tak wysoko wykwalifikowanych pracowników, jakimi są lekarze, na pozycje niewykwalifikowanych robotników, tłumiąc znaczenie ich głosu w decyzjach o charakterze ogólnospołecznym, a charakter usług, jakie lekarz musi świadczyć, obniża jego stanowisko w oczach ogółu oraz stawia go na równi z cyrulikiem i fryzjerem”.

DEPRECJONOWANIA CIĄG DALSZY

W swoim wystąpieniu prof. Michałowicz dowodził, jak Ministerstwo Zdrowia – począwszy od zakończenia wojny – deprecjonowało zawód lekarza i jak celowo opóźniało wydanie odpowiednich dokumentów umożliwiających stworzenie podstaw prawnych do wznowienia przez izby lekarskie działalności po zakończeniu wojny. Bez tych dokumentów ich funkcjonowanie miało charakter tymczasowy i opierało się na ustawach wydanych jeszcze przed wojną. „A gdy chodzi o organizację samego zawodu w postaci samorządu lekarskiego, to

nagląda od dwóch lat potrzeba nadania podstaw prawnych istnienia władzom izbowym nie znalazła dotychczas zatwierdzenia w Ministerstwie Zdrowia” – grzmiał prof. Michałowicz i zaznaczał, że „nie lepiej stoją sprawy lekarskie, jeśli chodzi o wynagrodzenia. Memoriały NIL do MZ, rozmowy osobiste i konferencje w licznym gronie nie doprowadziły do pozytywnych wyników”.

W dalszej części swojego wystąpienia profesor odniósł się do polityki rozmieszczania lekarzy na terenie całego kraju, co w założeniu miało być odpowiedzią na zdrowotne potrzeby ludności, a w rzeczywistości również deprecjonowało stan lekarski. Ówczesny prezes NIL nawiązał do sytuacji bytowej lekarzy: „Występowanie o polepszenie warunków bytu lekarzy jest przez władze traktowane jako zmateriałizowanie stanu lekarskiego, a jest to tylko prosta konieczność, mus zaspokojenia potrzeb biologicznych na poziomie odpowiadającym kosztom utrzymania. Pomawia się izby lekarskie o zajmowanie się wyłącznie sprawami zarobkowymi lekarzy, a zapomina się o tak ważnej domenie jak sprawy etyki lekarskiej, na straży której stoją sądy izb lekarskich, domenie zachwianej w okresie powojennym i wymagającej podźwignięcia wzwyż surowymi wyrokami sądów dyscyplinarnych”. Wstrząsające były również słowa odnoszące się do ceny, jaką lekarze płacili za pracę w warunkach ucisku i gnębienia przez izby skarbowe oraz aparat administracyjny. „Nie bierze się pod uwagę faktu, jak ciężka praca niszczy zdrowie lekarzy i powoduje ich wcześniejszą śmierć. Honorową odznaką za ich heroizm jest często *angina pectoris*, którą kończą swój żywot” – tak z sarkazmem podsumował swoje wystąpienie ówczesny prezes NIL.

JEDNYM GŁOSEM

Równie mocne i utrzymane w podobnym tonie były wystąpienia przedstawicieli okręgowych izb lekarskich, w których także już zgasła nadzieja na porozumienie z resortem zdrowia co do reaktywacji samorządu lekarskiego w formule przypieczętowanej prawnie. Regionalne władze samorządowe coraz bardziej utwierdzały się w przekonaniu, że działania władz prowadzą do likwidacji samorządu lekarskiego. Zebrani przyjęli więc jednogłośnie uchwały

w sprawie przeprowadzenia wyborów w izbach. Jedną z nich mówiła o tym, że trwający już dwa lata stan tymczasowości w urzędowaniu izb lekarskich odbija się niekorzystnie na ich działalności i na zdrowiu publicznym.

Wskazywano również w uchwałach, że mianowanie przez ministra zdrowia rad i zarządów w izbach jest tylko czasową namiastką władz samorządu lekarskiego. Walne Zgromadzenie NIL wystosowało więc apel do ministra zdrowia, aby przyspieszył realizację dekretu z listopada 1946 r. o samorządzie lekarskim i zamianował w najkrótszym czasie rady i zarządy izb, tak aby mogły przeprowadzić wybory przewidziane ustawą z 15 marca 1935 r. O tym, jak oportunistyczna była polityka rządzących wobec samorządu lekarskiego, świadczy właśnie fakt, że zarówno resort zdrowia, jak i izby musiały swoje działania opierać na tej przedwojennej ustawie.

Wstrząsające były również słowa odnoszące się do ceny, jaką lekarze płacili za pracę w warunkach ucisku i gnębienia przez izby skarbowe oraz aparat administracyjny.

W odpowiedzi na Walne Zgromadzenie NIL z czerwca 1947 r. było opublikowane przez MZ zarządzenie powołujące rady i zarządy izb okręgowych oraz NIL, pozwalając im tym samym na ukonstytuowanie się. W Naczelnej Izbie Lekarskiej zarządzenie to wykorzystano jednak do pozbycia się niewygodnego i odpornego na presję ze strony rządzących prof. Mieczysława Michałowicza, co potwierdziło, że władzom nie chodziło o samorząd, ale o własne, partyjne interesy. Prezesem NIL wybrano jednomyślnie dra Jana Rutkiewicza, a na wiceprezesów – dra Jerzego Jakubowskiego i dra Jakuba Węgierkę.

CZARNE CHMURY

Wybór dra Jana Rutkiewicza na prezesa NIL oznaczał, że nad samorządem lekarskim zaczęły się zbierać czarne chmury. Jego postać wyraźnie wskazywała kierunek, w jakim miała iść

działalność tej organizacji. Jan Rutkiewicz był w środowisku postacią niesławną, postrzeganą jako „pieszczoch” systemu, podporządkowany dyrektywom partyjnym, pełniący już funkcję przewodniczącego Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia. Nastąpił w NIL, aby zniszczyć strukturę samorządu lekarskiego od środka i realizował założenie władz, aby ZG ZZPSZ stała się jedyną organizacją lekarską, która pozwalałaby kontrolować wszelkie poczynania podejmowane przez lekarzy w sprawach wykonywanego przez nich zawodu.

W niedługim czasie swoich partyjnych przedstawicieli rządzący wprowadzili do zarządów okręgowych izb lekarskich. Proceder ten nie został jednak nigdzie rzetelnie udokumentowany, informacje na ten temat są wyrwykowe, tak jakby fakty związane z obsadzaniem władz izb ludźmi z kłucza partyjnego nigdy nie miały miejsca. Tak więc cały rok 1948 jakby wycięto z kalendarza zdarzeń w samorządzie lekarskim, a jawił się on przygotowaniami do jego likwidacji.

POWINNOŚCI LEKARZA

Równie destrukcyjne dla samorządu lekarskiego było manipulowanie przez władzę kodeksem etyki lekarskiej, co w 1947 r. szczególnie się nasiliło. Należy przypomnieć, że w powojennej Polsce wciąż obowiązywał „Kodeks deontologii lekarskiej” przyjęty przez NIL w 1935 r., który zgodnie z wcześniejszymi kodeksami zawierał zapisy mówiące m.in. o posłannictwie zawodu lekarza. Kodeks ten regulował też zachowania lekarza wykonującego swój zawód w określonych sytuacjach: „lekarz urzędu państwowego, samorządowego lub jakiegokolwiek innej instytucji publicznej czy prywatnej powinien uczciwie i lojalnie wypełniać zaciągnięte zobowiązania, nie zapominając jednak o tym, że wykonuje wolny zawód i jak wszystkich lekarzy obowiązują go wszystkie zasady deontologii lekarskiej mówiące o tym, że ma leczyć zgodnie z wymaganiami wiedzy lekarskiej, poczuciem godności stanu lekarskiego i najwyższym nakazem moralnym i dobrem chorego oraz dobrem społecznym”.

Rządzący stwierdzili jednak, że „Kodeks deontologii lekarskiej” nie nadążał za duchem czasów, nie odzwierciedlał

powinności lekarza w socjalistycznym państwie i dlatego trzeba go zmienić. Przede wszystkim chodziło jednak o to, że lekarz nie może być apolityczny. Jeśli próbuje zachować niezależność określonej w tym kodeksie, mieć własne zdanie na temat jego roli społecznej, w oczach władzy staje się reakcjonistą. Obowiązkowo powinien więc należeć do jedynej słusznego klasowo Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i podporządkować się dyktawom partijnym.

Nastał czas sloganów i propagandy, którą karmiono społeczeństwo, również pracowników służby zdrowia. W szpitalach zwoływano trwające wiele godzin narady, które nic nie wnosiły do poprawy opieki nad chorymi, wręcz przeszkadzały w wykonywaniu codziennych obowiązków przez personel medyczny, ale miały służyć wciąganiu lekarzy w proceder upartyjniania i angażowania w sprawy społeczne, którym kierunek nadawała partia.

LEKARZ WEDŁUG KOŻUSZNIKA

W tym upartyjnianiu lekarza i angażowaniu w sprawy społeczne w socjalistycznym społeczeństwie rządzący posuwali się bardzo daleko, nie tylko wprowadzając swoich ludzi do władz izb lekarskich, ale też interpretując na własny użytek zasady przysięgi

**Nastał czas sloganów
i propagandy, którą
karmiono społeczeństwo,
również pracowników
służby zdrowia.
W szpitalach zwoływano
trwające wiele godzin
narady, które nic nie
wnosiły.**

Hipokratesa. Prym wiodł dr Bogusław Kożusznik, pełniący w połowie lat 50. XX w. funkcję wiceministra zdrowia, który na nowo zdefiniował obowiązki i powinności lekarzy w socjalistycznej Polsce. W swoim obszernym tekście, przesyconym stalinowską retoryką, dr Kożusznik pisał m.in. tak: „Socjalistyczna służba zdrowia nie byłaby socjalistyczna, gdyby była tylko biernym produktem budowy socjalizmu (dalej rozwija propagandową ideę pracy w komunistycznym systemie) i lekarzy czyni się odpowiedzialnymi za utrzymanie w zdrowiu mas pracujących, głównie robotników i chłopów będących narzędziem budowy socjalizmu”. Ta odpowiedzialność według dra Kożusznika miała polegać głównie na tym, aby lekarze dostarczali zdrowej siły roboczej,

niezbędnej do realizacji ideowych planów, przez co staną się aktywnymi współuczestnikami budowania socjalizmu i znajdą dla siebie należne miejsce w tym procesie. Lekarz nie może być obojętny ideowo – podkreślał w swoim tekście wiceminister.

Jednym słowem lekarze, poprzez zapobieganie niezdolności do pracy siły roboczej, mieli wnieść swój wkład w socjalizm. Temu programowi ochrony zdrowia mas, mimo że charakteryzowała go toporność i prymitywizm, wtórował dr Artur Fiderkiewicz, stary zasłużony przedwojenny lekarz uwieczniony przez nową władzę populistycznymi ideami i wysokim stanowiskiem w Związku Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia. Tego rodzaju uprzedmiotowienie zdrowia człowieka i lekarza, który zajmuje się jego leczeniem, musiało wywołać zdecydowany sprzeciw samorządu lekarskiego, ale wobec zbliżającej się likwidacji coraz bardziej słabła jego siła przebicia, a podmiata na stanowisku prezesa NIL z charyzmatycznego i bezkompromisowego prof. Michałowicza na „aparaczyka” dra Rutkowskiego przyspieszyła tylko proces upadku. ■

Źródło:

Zygmunt Wiśniewski „Lekarskie drogi – 1944-1956. Czasy reżimu Bieruta”
Zygmunt Wiśniewski „Kronika Izb Lekarskich w Polsce – lata 1945-2005”

Pandemia w liczbach

Rząd planuje przyspieszyć proces szczepień przeciw COVID-19, zarówno wśród seniorów, jak i osób młodszych. – Naukowcy i lekarze epidemiolodzy przestrzegają nas przed czwartą falą. Ona jest realnym zagrożeniem – mówi premier.

0 pacjentów

hospitalizowano w szpitalu tymczasowym w Netto Arenie w Szczecinie. W czerwcu placówka zostanie zlikwidowana z uwagi na gasnącą trzecią falę pandemii i wysokie koszty utrzymania. Od początku miała ona status szpitala pasywnego. Koszt jej utworzenia wyniósł 13 mln zł.

4 dni

przed rozpoczęciem turnusu – tyle wynosi najwcześniejszy termin pobrania materiału do testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 dla pacjenta, który chce skorzystać ze stacjonarnej rehabilitacji leczniczej. Obowiązek nie dotyczy osób zaszczepionych.

6 tygodni

może maksymalnie wynieść rehabilitacja refundowana przez NFZ dla osób, które przeszły COVID-19. Skierowanie wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego po zakończeniu leczenia związanego z tą chorobą. To on decyduje również o trybie odbywania rehabilitacji.

30 dni

musi upłynąć od pozytywnego wyniku testu na koronawirusa do otrzymania e-skierowania na szczepienie przeciwko COVID-19 dla osób, które przeszły zakażenie. Zmiana obowiązuje od połowy maja. Wcześniej ozdrowieńcy musieli czekać na e-skierowanie 90 dni.

300 chętnych

wystarczy do zgłoszenia udziału w programie szczepień organizowanych przez pracodawcę. Mogą one być przeprowadzane na terenie zakładu pracy lub np. w placówce medycznej. Dopuszcza się zgłaszanie członków rodzin i osób zatrudnionych na umowy cywilnoprawne.

1834 osoby

(łącznie) hospitalizowano od początku listopada do 14 maja w Szpitalu Narodowym w Warszawie, gdzie przygotowanych było 550 miejsc dla osób chorych na COVID-19. Placówka kończy działalność, ale większość infrastruktury pozostanie na wypadek pogorszenia się sytuacji epidemicznej.

5000 zł

wyniesie jednorazowy dodatek dla niemedycznych pracowników ochrony zdrowia (np. salowych, noszowych, kierowców karettek), pod warunkiem, że przepracowali co najmniej 21 dni w „obszarze covidowym” – zapowiedział premier. Wpłaty mają ruszyć w czerwcu.

9288 NOP-y

w tym 7848 o charakterze łagodnym (zacerwienie, krótkotrwała bolesność w miejscu wkłucia), zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej od rozpoczęcia szczepień przeciw COVID-19 pod koniec grudnia do 24 maja.

62 mln

szczepionek od pięciu producentów (Astra Zeneca, CureVac, Johnson&Johnson, Moderna, Pfizer/BioNTech) zakontraktowała Polska w pierwszej puli w ramach wspólnego unijnego mechanizmu zakupów. Obecnie mamy zawarte umowy na zakup prawie 100 mln dawek.

ANALIZA

Bez euforii



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Po zeszłorocznych doświadczeniach związanych z przedwczesnym ogłoszeniem zwycięstwa nad wirusem SARS-CoV-2 po ustąpieniu pierwszej fali pandemii, teraz nie brakuje obaw przed nadejściem kolejnej, jesiennej.

Główną przyczyną jej wystąpienia nie musi być daleko idące poluzowanie obostrzeń podczas najbardziej słonecznych miesięcy roku, choć oczywiście może to odegrać istotną rolę w pogorszeniu sytuacji epidemicznej, lecz np. pojawienie się nowych wariantów SARS-CoV-2. Dotychczasowe badania co do skuteczności szczepionek przeciw głównym jego odmianom na ogół napawają optymizmem, ale należy pamiętać o nieprzewidywalnej naturze wirusa.

WAKACYJNY PRZEŁOM?

Minister zdrowia Adam Niedzielski, powołując się na częstokrotne dane z ogólnopolskiego badania seroepidemiologicznego OBSER-CO, powiedział, że przeciwciała ma 55 proc. Polaków, a w okresie wakacyjnym spodziewa się, że odporności nabierze do 70-80 proc. społeczeństwa. Choć dobowe statystyki zakażeń i zgonów z powodu COVID-19 są dalekie od apogeum trzeciej fali, a wiele osób z ulgą przestało w majestacie prawa zasłaniać usta i nos na świeżym powietrzu, nastroje panujące w środowisku lekarskim są dość dalekie od euforii. Koncerny farmaceutyczne raz za razem wycofują się z obietnic składanych w zakresie dostaw szczepionek, co trochę kładzie się cieniem na systematycznie rosnącej liczbie zaszczepionych przeciw COVID-19. W Polsce możliwość zaszczepiania mają już 16- i 17-latkowie. Do połowy maja w naszym kraju wykorzystano w sumie kilkanaście milionów dawek, a w pełni zaszczepionych było kilka milionów osób. Do utylizacji trafiło kilkanaście tysięcy dawek, co wydaje się zjawiskiem marginalnym. Formalnie zgłoszono kilka tysięcy NOP-ów, głównie o łagodnym charakterze (zaczernienie, krótkotrwała bolesność w miejscu wkłucia).

BILANS TRZECIEJ FALI

To, w jaki sposób pandemia wpłynęła na system ochrony zdrowia, można oceniać na różne sposoby. Skalę

częściowego jej paraliżu unaocznia m.in. mniejsza liczba pacjentów w szpitalach. Z danych NFZ wynika, że w listopadzie 2020 r. zakończyło się 45 proc. mniej hospitalizacji niż w analogicznym okresie 2019 r., a w październiku 2020 r. – 35 proc. mniej niż w październiku 2019 r., z kolei na początku pandemii, w kwietniu 2020 r. – aż 63 proc. mniej niż w kwietniu poprzedniego roku. Można to interpretować przynajmniej na kilka sposobów, ale nie ulega wątpliwości, że spadki były znaczące. Choć te liczby pochodzą sprzed kilku miesięcy (bardziej aktualnych danych NFZ na razie nie udostępniła), to przypuszczalnie od lutego do kwietnia br. sytuacja w szpitalnictwie również mocno odbiegała od tego, co działo się przed pandemią.

ODMRAŻANIE TRWA

Nieprzypadkowo wraz ze wzbieraniem trzeciej fali, na początku marca Centrala NFZ zaleciła ograniczyć do niezbędnego minimum lub czasowo zawiesić udzielanie świadczeń wykonywanych planowo, tak by zapewnić dodatkowe łóżka dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia. Wznowienie planowych zabiegów zalecono dopiero od 4 maja, czyli prawie dwa miesiące później. Szpitale różnie sobie radziły z tą sytuacją. Część nakazami administracyjnymi po prostu zmuszono do przygotowania miejsc dla osób z COVID-19, co w praktyce oznaczało ograniczenie ich dostępności dla pacjentów niezakażonych. Od kilku tygodni liczba łóżek covidowych szybko spada. Jednym z liderów w ich „odmrażaniu” była Małopolska – już pod koniec kwietnia prawie 450 łóżek powróciło do pełnienia funkcji sprzed epidemii, a jednocześnie wojewoda wydał decyzję o przekształceniu kolejnych 230 łóżek na niecovidowe. Jeśli szpital przestaje być wyłącznie covidowym, wznowiane są zabiegi planowe, a pacjentom wyznacza się nowy termin zabiegu, o którym są informowani telefonicznie.

**Małopolska
była jednym z liderów
w „odmrażaniu” łóżek
covidowych.**

Granice wolności

W wielu krajach toczy się publiczna dyskusja o granicach wolności w dobie pandemii. Z jednej strony zmógł się administracyjny przymus, z drugiej – skurczyła się możliwość samodzielnego dokonywania wyborów. Osoby wykonujące zawody medyczne nierzadko oberwały podwójnie, bo poza tym, że muszą stosować się do rozmaitych restrykcji obejmujących wszystkich obywateli, to dodatkowo wprowadzono przepisy dotyczące w znacznym stopniu tylko ich. Prawny kaganiec coraz bardziej zaczyna uwierać lekarzy, a rozpoczęcie akcji szczepień przeciw COVID-19 nadało temu niezadowoleniemu nowy wymiar. W ostatnim czasie pojawiają się propozycje wprowadzenia przywilejów dla osób zaszczepionych i ozdowieńców, choć zdania na temat ich słuszności są podzielone także wśród medyków. W UE „paszporty covidowe” rozbudziły wyobraźnię na tyle, że – prawdopodobnie dla wyciszenia części głosów krytyki i niedyskredytowania układu z Schengen – zaczęto je określać mianem „zielonych certyfikatów”. Miałyby potwierdzać fakt, że dana osoba została zaszczepiona przeciw COVID-19, jest ozdowieńcem lub uzyskała negatywny wynik testu na obecność SARS-CoV-2. Jeśli pomysł wejdzie w życie, powstanie specjalny portal do weryfikacji certyfikatów wyposażonych w kod QR i podpis cyfrowy. Polski rząd zgłosił zamiar przystąpienia do testów unijnego systemu, którego wejście w życie zaplanowano na koniec czerwca.

CO ZE SZPITALAMI TYMCZASOWYMI?

Im bardziej stabilizuje się sytuacja epidemiczna, tym częściej powracają pytania o sens utworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych, początkowo nazywanych – chyba nie do końca trafnie – zapasowymi. Nie dość, że wciąż nie ma jednomyślności co do tego, czy miały stanowić forpocztę, czy raczej ostatnią linię obrony w walce z COVID-19, to na jaw wychodzą szczegóły stawiające w niekorzystnym świetle część z nich w związku z niską efektywnością gospodarowania publicznym groszem. Najdroższą placówką tymczasową nie był, jak się czasami uważa, kończący swoją działalność Szpital Narodowy w Warszawie, lecz obiekt zlokalizowany przy ul. Rakietowej we Wrocławiu, który zaczął przyjmować pacjentów w marcu, wraz z nadejściem trzeciej fali. W ciągu kilku tygodni hospitalizowano tam kilkuset pacjentów, co zaskakuje w zestawieniu z 75 mln zł wydanymi na jego utworzenie i znacznie niższymi kosztami tworzenia podobnych placówek.

13 MILIONÓW, ZERO PACJENTÓW

W pierwszej połowie maja wiceminister zdrowia Waldemar Kraska poinformował, że łączny koszt powstania i działania szpitali tymczasowych wyniósł 591 mln zł. Tylko wybrane pozostaną w gotowości w kolejnych tygodniach. W czerwcu kończą się terminy najmu hal, gdzie zlokalizowano niektóre takie szpitale. – Będziemy te umowy zmieniać lub się z nich wycofywać – deklaruje minister Waldemar Kraska.

Powstanie szpitala w szczecińskiej Netto Arenie kosztowało 13 mln zł (kwota obejmuje m.in. środki na przywrócenie pomieszczeń do stanu pierwotnego). Od początku miał on status pasywnego, nie przyjął żadnego pacjenta, trwa jego likwidacja. Z końcem maja swoją działalność zakończy szpital tymczasowy w MCK w Katowicach, ale przygotowane w jednym z hangarów na pobliskim lotnisku w Pyrzowicach miejsca dla pacjentów covidowych zostają.

CZY MOŻE BYĆ GORZEJ?

Po ogłoszeniu pandemii spadła liczba pacjentów zgłaszających się do poradni i szpitali, a znaczną część sił i środków w ramach opieki zdrowotnej skierowano na zwalczanie jednej choroby, co w połączeniu ze strachem przed zakażeniem oraz przeróżnymi zaleceniami i nakazami, by nie wychodzić z domu nawet w celach rekreacyjnych, musiało doprowadzić do kaskady negatywnych zdarzeń. Stają się one coraz bardziej widoczne teraz, gdy kolejne szpitale przestają być covidowymi. – Część pacjentów przestała się kontaktować z lekarzem, chorzy przewlekłe rezygnowali z terapii, a inni z powodu braku konsultacji lekarskich nie otrzymali diagnozy. To będą największe wyzwania dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w najbliższym czasie – uważa dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Na to, że przekaz „zostań w domu”, choć w pewnych okolicznościach niewątpliwie uzasadniony, poszedł trochę za daleko, zwraca uwagę kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM prof. Leszczek Czupryniak. Podaje przykład 29-latkę, który w czasie pandemii przytył 20 kg i pojawiła się u niego cukrzyca. – Takie przypadki nazywamy niecovidowymi ofiarami COVID-19 – mówi profesor.

STRACH NIE MINĄŁ

Od dawna wiadomo, jak ważną rolę w profilaktyce pełnią badania przesiewowe. Na długo przed pojawieniem się koronawirusa powszechnie narzekano na niską frekwencję, ale po wybuchu epidemii sytuacja pogorszyła się jeszcze bardziej. Na ogromny spadek ilości realizowanych badań z zakresu profilaktyki onkologicznej wskazuje raport pt. „Onkologia w czasach COVID-19”. W kwietniu i maju ubiegłego roku liczba badań mammograficznych w woj. warmińsko-mazurskim, śląskim i mazowieckim zmniejszyła się o ponad 90 proc. w porównaniu do 2019 r. Jeszcze dobitniej pokazują to liczby – w woj. warmińsko-mazurskim w maju 2020 r. wykonano zaledwie 14 mammografii, podczas gdy w analogicznym miesiącu roku poprzedniego było ich 2585. Główny powód wydaje się oczywisty – pandemia, ale kiedy bliżej przyjrzyć się przyczynom, okazuje się, że nastąpił spłot przynajmniej kilku czynników. – Pandemiczna sytuacja nie dotknęła tylko naszych chorych, ale również personelu. Przez pewien czas nie funkcjonował dział profilaktyki, ponieważ nie było kadry – przyznaje prof. Mariusz Bidziński, kierownik Kliniki Ginekologii Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie.

KARTY DIŁO – PADŁ REKORD

W czasie pandemii wiele do życzenia pozostawia również zgłaszalność na inne badania przesiewowe, np. cytologię. – Ten spadkowy trend trwa, co w niedalekiej przyszłości może mieć dramatyczne konsekwencje dla naszych pacjentek – ostrzega dr hab. Joanna Didkowska, kierownik Zakładu



Rząd deklaruje, że na razie nie rozważa wprowadzenia przymusu szczepień przeciw COVID-19.

Epidemiologii i Prewencji Nowotworów NIO w Warszawie. Czas pokaże, na ile pandemia przełoży się na spadek wykrywalności raka we wczesnych stadiach choroby czy wzrost liczby zgonów spowodowanych nowotworami. Z danych NFZ wynika, że przez cały ubiegły rok wystawiono o 19,8 tys. mniej kart DiLO w porównaniu z 2019 r. To może być niepokojący sygnał, gdyż to właśnie dzięki temu dokumentowi pacjent z podejrzeniem nowotworu wchodzi na ścieżkę szybkiej diagnostyki i leczenia raka, a zwłoka nierzadko niesie ze sobą tragiczne konsekwencje. Od początku br. do końca kwietnia liczba wydanych kart DiLO wzrosła o 16 proc. w stosunku do tego samego okresu 2020 r. i o 9 proc. w stosunku do pierwszych czterech miesięcy 2019 r. W marcu br. padł rekord, w czym nie przeszkodziła trzecia fala pandemii – lekarze wystawili ponad 26,7 tys. kart, czyli dwa razy tyle, co w kwietniu ubiegłego roku, gdy doszło do częściowego paraliżu opieki zdrowotnej.

Z ULICY NIE WIDAC

Punkt widzenia zależy od punktu siedzenia – to stare porzekadło trafnie oddaje zróżnicowanie poglądów o skali zagrożenia wirusem SARS-CoV-2 wśród społeczeństwa. Wbrew opinii części publicystów, to nie jest polska specyfika – aby się przekonać, jak daleko do jednomyślności jest w innych krajach, wystarczy przyrzeć się skali ulicznych protestów na zachodzie Europy w ostatnich miesiącach oraz sprawdzić, pod jakimi hasłami zwoływano je, co się działo w ich trakcie i dlaczego służby porządkowe tłumiły zamieszki. Od kilkunastu miesięcy środowisko medyczne z bliska obserwuje dramaty spowodowane COVID-19. Dzięki zaangażowaniu i wysiłkowi medyków, wielu pacjentów, nierzadko znajdujących się w beznadziejnym stanie, zyskało drugie życie. Cuda działy się również w Polsce, np. w szpitalu w Bolesławcu (woj. dolnośląskie) lekarze walczyli o życie chorego na COVID-19, który przez pół roku znajdował się w śpiączce, przeszedł kilka operacji i dopiero niedawno udało się go wybudzić i odłączyć od respiratora. Wydaje się, że wielu medyków inaczej ocenia sytuację, z jaką mamy do czynienia od kilkunastu miesięcy, niż część

przedstawicieli innych grup zawodowych, w tym ci, którzy z powodu koronakryzysu stracili pracę lub musieli zamknąć swój biznes, nie mogą liczyć na pomoc z rządowych „tarcz”, a na dodatek oni i ich najbliżsi w ogóle nie doświadczyli negatywnych skutków przechorowania COVID-19. – Na ulicy nie widać tego, co dzieje się na oddziałach – mówi dr Marek Posobkiewicz, były GIS, pocovidowy ozdrowieniec.

KAR NIE BĘDZIE

W debacie publicznej pojawiają się czasami głosy za wprowadzeniem powszechnego obowiązku szczepienia się przeciw COVID-19, co – zdaniem zwolenników tego rozwiązania – miałyby stanowić prawdziwą przepustkę do wolności. Wprawdzie premier Mateusz Morawiecki powtarza, że szczepienia są dobrowolne, a rząd nie zamierza karać osób niezaszczepionych, ograniczać im dostępu do placówek ochrony zdrowia lub nakazywać zwrot kosztów leczenia w przypadku zachorowania na COVID-19, ale od dawna zaszczepionym przyznaje się pewne profity (np. nie są uwzględniani w limitach zgromadzeń i spotkań oraz są zwolnieni z kwarantanny po kontakcie z osobą zakażoną). W lipcu pojawi się loteria z nagrodami dla zaszczepionych. – Na razie nie rozważamy wprowadzenia przymusu szczepień przeciw COVID-19 – ucina dyskusję minister Adam Niedzielski. Medialną burzę wywołała niedawna wypowiedź prof. Miłosza Parczewskiego, kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM w Szczecinie, należącego do Rady Medycznej przy premierze. Profesor miał zasugerować wprowadzenie godziny policyjnej dla osób niezaszczepionych i zakazanie im poruszania się między województwami.

**Nie ma jednomyślności,
czy szpitale tymczasowe
miały stanowić forpocztę,
czy ostatnią linię obrony.**

– Wprowadzenie kar dla osób, które nie chcą się szczepić, nie zwiększyłoby wyszczepialności, a mogłoby przynieść odwrotny skutek – ocenia prof. Robert Flisiak, prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Podobne podejście ma prof. Andrzej Fał, prezes Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, podkreślając, że potrzebne są przede wszystkim zachęty w myśl zasady: „mniej kija, więcej marchewki”. Czy rząd rozda więcej marchewki? ■

OPINIE

Spokojniej, ale na jak długo?

Co się działo w ostatnich tygodniach w szpitalach? Jaka sytuacja jest teraz? Czy w związku z trwającą od kilkunastu miesięcy pandemią wrośnie liczba pacjentów z chorobami przewlekłymi?

GazetaLekarska.pl ✎



dr **Konstanty Szuldrzyński**
kierownik Kliniki Anestezjologii
i Intensywnej Terapii CSK MSWiA
w Warszawie

W najbliższych tygodniach nasza klinika na pewno nie będzie świecić pustkami, a wręcz przeciwnie, zwłaszcza w obliczu szybkiego likwidowania łóżek covidowych przez inne szpitale. Myślę, że pozostaniemy największą covidową intensywną terapią na Mazowszu, mimo że szpital powoli zaczyna powracać do swojej rutynowej działalności. W Polsce łóżka intensywnej terapii są niezwykle deficytowe. Szacunkowo mamy ich ok. 2 proc. Część, być może nawet połowa, jest przypisana do oddziałów zabiegowych. Szansa na znalezienie się na nich pacjentów „z zewnątrz” jest niewielka, dlatego nie należy ich traktować jako

ogólnodostępnych łóżek intensywnej terapii. Europejskie zalecenia mówią o 5 proc. takich łóżek w stosunku do wszystkich stanowisk w szpitalu. W mojej ocenie intensywna terapia jest jedną z największych ofiar niedofinansowania ochrony zdrowia. To efekt systemowego

Intensywna terapia jest jedną z największych ofiar niedofinansowania ochrony zdrowia.

problemu w postaci niedoceniań i nienagradzania jakości. Nikogo nie stać na to, by płacić za złe leczenie, tymczasem w Polsce, niezależnie od osiągniętych wyników, za wykonanie procedury medycznej Narodowy Fundusz Zdrowia na ogół płaci tyle samo bez względu na stan pacjenta. W tych realiach leczenie najbardziej

ciężkich przypadków, najgorzej rokujących pacjentów, po prostu się nie opłaca. Pod tym względem znajdujemy się na poziomie Trzeciego Świata. Spodziewam się, że do końca wakacji nie będzie się działo nic specjalnego. Słyszałem już triumfalistyczne oświadczenia władz, jak to pokonał koronawirusa. Ucieszyłyby mnie z pewnością, gdyby nie fakt, że w ubiegłym roku również były głoszone, jak pokazało życie – przedwcześnie. Wprawdzie od kilku miesięcy mamy szczepionki przeciw COVID-19, ale jest jeden zasadniczy problem: one nikomu nie pomagają, kiedy pozostają w lodówce. W naszym społeczeństwie mamy największy w Europie odsetek niechęci do szczepień. To każe zastanowić się, dlaczego tak jest. Można wszystko zrzucić na polityków, wspominać o kryzysie zaufania do autorytetów, promowaniu różnych koncepcji spiskowych, ale myślę, że należałoby również zwrócić uwagę na to, co my – jako środowisko lekarskie – robimy źle. ■



dr **Lidia Stopyra**
ordynator Oddziału Chorób
Infekcyjnych i Pediatrii w Szpitalu
im. Żeromskiego w Krakowie

Liczyliśmy się z możliwością pojawienia się jakiejś groźnej choroby zakaźnej. Zanim wybuchła pandemia, pod koniec 2019 r., nasz oddział został wyremontowany m.in. z myślą o izolacji pacjentów już na etapie przyjmowania do szpitala, tak by nie mieli żadnego kontaktu z innymi. To bardzo dobrze sprawdziło się po pojawieniu się koronawirusa. Pierwszy dorosły pacjent zakażony SARS-CoV-2 trafił do nas w połowie marca 2020 r., kilkanaście dni później – pierwsze

dziecko z COVID-19. Stanęliśmy w obliczu wielkiej mobilizacji. Na początku nie znaleźliśmy wroga i mieliśmy problemy z diagnostyką. Mimo to już od początku pandemii organizowaliśmy opiekę nad dziećmi w taki sposób, aby nie odraczać leczenia chorób przewlekłych

Stanęliśmy w obliczu wielkiej mobilizacji.

i zabiegów. Staraliśmy się wykonywać je na bieżąco w warunkach zaostrzonego reżimu sanitarnego. Udało się to m.in. dzięki dobrej współpracy z Instytutem Pediatrii i innymi oddziałami pediatrycznymi. Był okres, gdy rodzice się bali i bardzo późno zgłaszali się do szpitala,

ale w większym stopniu dotyczyło to pacjentów dorosłych. Trudno określić, jaka była skala tego zjawiska, ale faktem jest, że powstały zaległości w zakresie wykonywania planowych zabiegów. Czasami nawet te w trybie pilnym były odraczane. Bywało i tak, że w szczycie zachorowań, gdy hospitalizowano mnóstwo pacjentów z COVID-19, anestezjologowie pracowali na intensywnej terapii, a w oddziałach niecovidowych nie miał kto znieczulać, bo osoby, które mogłyby to robić, ratowały życie innym pacjentom. Teraz, gdy wszystko wskazuje, że schodzimy z fali zachorowań, powinniśmy nadrobić zaległości. Ważne jest, aby jak najwięcej osób się zaszczepiło. COVID-19 nie zniknie, ale należy zrobić wszystko, by liczba zachorowań była marginalna. ■



Władysław Perchaluk
dyrektor Szpitala
Specjalistycznego
nr 1 w Bytomiu

Wojewoda śląski już pod koniec kwietnia wydał decyzję o likwidacji części łóżek covidowych. W związku z tym, że mieliśmy wówczas pod opieką kilkudziesięciu chorych w bardzo ciężkim stanie, ustaliliśmy z wojewodą, że likwidacja 50 takich miejsc w naszym szpitalu nastąpi dwa tygodnie później. Pacjentami z COVID-19, którzy zajmowali te

łóżka, opiekowali się lekarze i pielęgniarki z oddziałów chorób wewnętrznych, neurologii, chirurgii ogólnej, okulistyki i kardiologii. Od połowy maja, po likwidacji większości łóżek covidowych, te oddziały znowu mogą

Pacjenci niecovidowi pojawili się szybko.

działać. Pacjenci niecovidowi pojawili się tam szybko – już w ciągu 2-3 dni zostały zajęte wszystkie łóżka internistyczne. Z naszych obserwacji wynika, że gdyby zgłosili się wcześniej, ich hospitalizacja mogłaby trwać

krócej lub terapia byłaby mniej intensywna. Absolutnie nie chcę przerzucać winy na pacjentów, ale wiadomo o powszechnych obawach przed wizytą w szpitalu, które w dobie pandemii postrzegane są czasami jak „siedlisko wirusa i źródło zakażeń”. W ciągu ostatniego roku z niepokojem słuchałem sugestii ministra zdrowia, aby w obliczu wzrostu liczby zakażeń ograniczać przyjęcia planowe. Jeszcze w kwietniu ubiegłego roku w naszym szpitalu podjęliśmy decyzję, że osoby takie jak np. pacjenci onkologiczni, dla których okno czasowe może się bezpowrotnie zamknąć w razie jakichkolwiek opóźnień, będziemy przyjmować planowo i tak robimy od ponad roku. ■



dr hab. **Roman Sosnowski**
Narodowy Instytut Onkologii
w Warszawie

Początek pandemii był niezwykle trudny ze względu na wiele niewiadomych wynikających z zagrożenia koronawirusem oraz brak jednoznacznych wytycznych postępowania dla placówek i samych medyków. Z biegiem czasu system dopasował się do pacjentów onkologicznych na tyle, że obecnie nie widzę wielkich różnic w dostępie do leczenia w porównaniu z okresem sprzed pojawienia się COVID-19. W zakresie postępowania leczniczego udało się zachować ciągłość,

operacje i chemioterapie odbywały się raczej planowo. Niestety, wielu pacjentów onkologicznych negatywnie dotknęło zaburzenie regularności wizyt, zwłaszcza w czasie pierwszej fali. Konsultacje przepadały, bo część chorych po prostu nie zgłaszała się na wizyty

System dopasował się do pacjentów onkologicznych.

w poradni z powodu strachu przed wyjściem z domu czy kontaktem z osobami potencjalnie zakażonymi koronawirusem. Ogromnym sukcesem zarówno placówek służby zdrowia, jak i pacjentów onkologicznych, było wdrożenie teleporad. Z własnego doświadczenia mogę

powiedzieć, że w czasie pierwszej fali 80-90 proc. konsultacji odbywało się na odległość, bo pacjenci na ogół nie chcieli przychodzić na wizyty. W tej chwili w formie zdalnej odbywam już tylko 5-10 proc. konsultacji. Moim zdaniem w niektórych sytuacjach teleporady są w pełni uzasadnione, przy czym nawet jeśli pacjent pyta o taką możliwość, to lekarz powinien decydować, czy może ona dojść do skutku, czy też potrzebna jest wizyta osobista chorego. Nie widzę przeszkód, aby z teleporad korzystać w trakcie obserwacji po leczeniu, gdy najczęściej monitoruje się stan pacjenta albo kiedy prowadzone jest leczenie współtowarzyszące monitoringu onkologicznemu, np. gdy po operacji nowotworu nerki jest problem z powiększoną prostatą i z tego powodu trzeba przyjmować leki. ■



Kamil Barczyk
dyrektor naczelny
ZOZ w Bolesławcu

Po wybuchu pandemii zaciągnęliśmy duży kredyt zdrowotny z wysokimi odsetkami i zaczynamy go spłacać. Od końca drugiej fali obserwuję wzrost liczby pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także w poradniach i pracowniach diagnostycznych. Jeszcze dwa lata temu nasz SOR pomagał średnio ok. 40 pacjentom w ciągu doby, a od kilku

tygodni – ok. 70. To oznacza, że zapotrzebowanie na opiekę szpitalną znacznie wzrosło i w końcu ten kredyt zaczęliśmy spłacać. W ostatnich miesiącach niektórych chorób nie wykrywano w poradniach

Przez cztery miesiące trafiały do nas tylko osoby z COVID-19.

czy w placówkach POZ, bo pacjenci w nich się nie pojawiali z różnych powodów, m.in. także ze strachu. Na profilaktykę jest za późno, gdy zachodzi konieczność leczenia szpitalnego. Istnieje prawdopodobieństwo, że w niedalekiej przyszłości

w niektórych placówkach zabraknie łóżek w zakresie onkologii, kardiologii czy chorób wewnętrznych. Wkrótce po wybuchu pandemii nasza placówka stała się szpitalem jednoimiennym i przez cztery miesiące trafiały do nas tylko osoby z COVID-19 lub podejrzone o zakażenie koronawirusem. Po zmianie decyzji przez wojewodę zaczęliśmy wracać do normalnej działalności. Otworzyliśmy wszystkie oddziały zabiegowe, ale oddziały: wewnętrzny, zakaźny i intensywniejszej terapii, praktycznie od roku są zajęte przez pacjentów covidowych, nie tylko z naszego regionu. To oznacza, że mieszkańcy powiatu bolesławieckiego, o ile nie chorują na COVID-19, nie mają do nich dostępu i częściowo muszą korzystać z pomocy sąsiednich placówek. ■

Do sądu po wynagrodzenie... brutto czy netto?

W przestrzeni publicznej pojawia się mnóstwo informacji o problemach lekarzy związanych z wypłacaniem im zaniżonego wynagrodzenia. Widać to szczególnie w aspekcie dodatku covidowego. Oczywiście nie zachęcam do wchodzenia na drogę sądową z pracodawcami, a – jeśli już – to raczej do skorzystania z alternatywnych metod rozwiązywania sporów, np. mediacji czy postępowania pojednawczego.

Jeżeli jednak dojdzie do sytuacji, że lekarz będzie musiał wystąpić z pozwem do sądu, powinien wiedzieć, iż ma się domagać wynagrodzenia w kwocie brutto, a nie w kwocie przelewanej na konto.

Zgodnie z utrwalonym orzecnictwem sądowym w tym zakresie¹, wynagrodzenie za pracę, jako pojęcie prawa pracy, oznacza całość należnej na podstawie przepisów płacowych i umowy o pracę zapłaty za pracę, obejmując także część, którą pracodawca odlicza jako składki na ubezpieczenia społeczne i zaliczki na

podatek dochodowy. Wobec tego, całe wynagrodzenie za pracę jest przedmiotem wierzytelności pracownika wobec pracodawcy z tytułu zapłaty za pracę (art. 22 § 1 Kodeksu pracy).

Odrębną kwestią będzie sposób egzekwowania przez lekarza wyroku sądowego z zasądzonym wynagrodzeniem brutto. Jeżeli bowiem pracodawca dobrowolnie zrealizuje wyrok sądowy, to na konto lekarza trafi w konsekwencji prawidłowa kwota (netto). Pracodawca jest bowiem płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne pracownika, a co za tym idzie, na nim spoczywają przewidziane w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych² obowiązki w zakresie obliczania, rozliczania i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne pracowników również w związku z realizacją wyroku sądowego.

Gorzej, gdy sprawę będzie trzeba oddać do przymusowego dochodzenia przez komornika, a ten

wyegzekwuje kwoty zasądzone wyrokiem, a więc brutto. Przepisy ustawy systemowej nie przewidują bowiem trybu rozliczania i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne przez pracownika czy też przez komornika sądowego, który wyegzekwował należne pracownikowi wynagrodzenie w kwocie brutto.

W przypadku zatem, gdy komornik sądowy wyegzekwował od pracodawcy należne lekarzowi wynagrodzenie w kwocie brutto, nie zwalnia to pracodawcy z obowiązku obliczenia, rozliczenia i opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne również w części, w jakiej są one finansowane ze środków pracownika. Pracodawca może w takiej sytuacji domagać się od pracownika zwrotu tych składek na ubezpieczenia społeczne, które zasadniczo powinny być sfinansowane z jego środków, a w danym przypadku zostały opłacone ze środków pracodawcy³. ■

¹ Np. wyrok SN z 9 lipca 2014 r. I PK 250/13.

² Art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 423 z późn. zm.).

³ Por. uchwała SN z dnia 5 grudnia 2013 r., III PZP 6/13.

Szczepienia: ankieta kwalifikacyjna

W procesie kwalifikacji do szczepień przeciwko SARS-CoV-2 wypełniane są przez pacjentów ankiety kwalifikacyjne. Powstała wątpliwość, czy ankiety te należy zniszczyć po zakończeniu procesu kwalifikacji, czy też przechowywać, a jeśli tak, to na jakiej podstawie, przez jaki okres, w jaki sposób?

W procesie szczepień przeciwko SARS-CoV-2 ankieta kwalifikacyjna dokumentuje przeprowadzenie wywiadu lekarskiego. Z kolei wywiad lekarski, co do zasady, podlega odzwierciedleniu w dokumentacji indywidualnej pacjenta. Zatem, mimo iż przepisy rozporządzenia

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹ nie określają wprost ankiet kwalifikacyjnych do szczepienia jako elementu dokumentacji medycznej, to biorąc pod uwagę funkcję tego dokumentu, należy je przechowywać na zasadach ogólnych dotyczących dokumentacji medycznej (20 lat).

Różny może być jednakże sposób przechowywania ankiet u poszczególnych świadczeniodawców. Wynika to z faktu, iż zasadą wynikającą z art. 13b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia² jest dopuszczalność

digitalizacji dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci papierowej, tj. wykonaniu odwzorowania cyfrowego dokumentu papierowego i włączeniu go do dokumentacji pacjenta prowadzonej w postaci elektronicznej. Nie ma jednak obowiązku digitalizacji dokumentacji, może ona być więc zachowana w postaci papierowej do upływu okresu, przez jaki podlega przechowaniu. ■

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666 z późn. zm.).
² Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702 ze zm.).

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Niecnosć celu

W programie telewizyjnym pojawiła się informacja o tym, że lekarz założył „hurtownię zwolnień lekarskich” i bezpodstawnie, bez jakichkolwiek badań, wystawiał „potrzebującym” tysiące zwolnień lekarskich.

dr n. praw. **Paulina Tomaszewska** prawnik NIL

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej oraz sądy lekarskie ustalili, że ZUS cofnął lekarzowi upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy, a mimo to obwiniony – za stosowną opłatą – takie zaświadczenia wystawiał. Co więcej, robił to bez przeprowadzania jakiegokolwiek badania, bez analizy dokumentacji medycznej.

Sądy lekarskie przyjęły, że obwiniony swoim postępowaniem naruszył normy wskazane w art. 1 ust. 3, art. 9, art. 40, art. 41 zd. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 4 oraz art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z art. 40 KEL wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na

podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji. W art. 41 zd. 2 KEL sprecyzowano, że treść każdego zaświadczenia lekarskiego powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza. Również w przepisach prawa powszechnie obowiązującego – w art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty podkreślono, że lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby.

W tej sprawie nie było mowy o jakimkolwiek badaniu. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej zauważył, że lekarze jako osoby wykonujące zawód zaufania publicznego obdarzeni są szczególnym zaufaniem społeczeństwa i dlatego każde

Nie może w takich przypadkach dziwić konsekwencja lekarskich sądów orzekających zawieszenie PWZ.

zachowanie polegające na wykorzystywaniu przysługujących im uprawnień w celu osiągnięcia korzyści majątkowej powinno być szczególnie piętnowane. Naczelny Sąd Lekarski wymierzył obwinionemu lekarzowi karę zawieszenia PWZ na rok i sześć miesięcy. Od tego orzeczenia obrońca obwinionego złożył kasację do Sądu Najwyższego, w której m.in. podniesiono zarzut rażącej niewspółmierności kary. SN oddalił kasację jako oczywiście bezzasadną. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Dlaczego po raz kolejny zajmujemy się tym tematem? Mogę przytoczyć co najmniej dwa powody. Po pierwsze, mimo naszych publikacji i nagłośnienia przewinienia zawodowego nadal docierają do rzeczników odpowiedzialności zawodowej doniesienia medialne, pisemne i telefoniczne o wykorzystywaniu przez lekarzy szczególnych uprawnień do wystawiania zwolnień lekarskich, orzeczeń lekarskich lub choćby recept za „stosowną odpłatnością”. Zarzuty stawiane w tych informacjach dotyczą nie tylko zaniechania

przez lekarza staranności badania, oparcia rozpoznania o przeprowadzony rzetelnie wywiad chorobowy, ale przede wszystkim niecnosci celu tj. osiągnięcia nienależnej korzyści majątkowej. Pewnie w skrajnych przypadkach można by było stawiać i poważniejsze zarzuty, ale nie jest to rolą organów odpowiedzialności zawodowej. Przykro także słuchać podczas składanych przed rzecznikiem i sądami wyjaśnień pokrętnych uzasadnień, podawanych półprawd, zamiast przystającego do prestiżu wykonywanego zawodu przyznania się do winy, okazania odrobiny pokory i po złożeniu stosownej obietnicy poprawy wystąpienia o łagodny wymiar kary. Nie może w takich przypadkach dziwić konsekwencja lekarskich sądów orzekających zawieszenie PWZ, co w oczywisty sposób ma wpływ na niemożność osiągnięcia przychodu. Ale wówczas na żale jest za późno i pozostaje jedynie retrospektywna analiza zysków i strat. Także finansowych.

I po drugie. Sprawa przewinienia lekarza, wyciągnięta na światło dzienne przez realizujących swoją misję dziennikarzy, miała odstonę nie tylko przed lekarskim wymiarem sprawiedliwości. W trybie kasacyjnym trafiła do Sądu Najwyższego. Mam wrażenie, że lekarzowi mało było wstydu przed swoimi kolegami. Szkoda, iż reprezentujący lekarza obrońca nie potrafił przekonać swojego mandanta do odstąpienia od złożenia kasacji. Ta druga przyczyna ma też dodatkowy aspekt. Oto kasacja dotycząca innego lekarza ukaranego zawieszeniem PWZ w związku z propagowaniem postaw antyzdrowotnych, została oddalona przez SN jako oczywiście bezzasadna i to w dodatku na posiedzeniu bez udziału stron w jednoosobowym składzie. Stało się tak po raz pierwszy od 2010 r., tj. od czasu wejścia w życie ustawy o izbach lekarskich. Można zatem wyciągnąć wniosek, iż i ten lekarz chluby naszemu środowisku nie przynosi. ■

DODATKI DLA KIEROWNIKÓW SPECJALIZACJI

Problem z wyliczeniem wynagrodzenia

1 stycznia br. zaczął obowiązywać art. 16m ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹, który wprowadza dodatek do wynagrodzenia dla lekarzy sprawujących funkcję kierownika specjalizacji.

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi



Wynosi on 500 zł miesięcznie brutto w przypadku nadzorowania szkolenia jednego lekarza/ lekarza dentysty i 1000 zł miesięcznie brutto, gdy mamy pod opieką więcej niż jednego lekarza/lekarza dentystę. Zgodnie z ust. 4 tego samego artykułu możliwie jest kierowanie szkoleniem specjalizacyjnym maksymalnie trzech lekarzy/lekarzy dentystów, a za zgodą konsultanta krajowego, w razie uzasadnionych potrzeb kadrowych, nie więcej niż czterech lekarzy/lekarzy dentystów.

KONTROWERSYJNE WYJĄTKI

Dodatek nie jest wypłacany w trzech grupach przypadków. Ich interpretacja nastręcza takich problemów, że Ministerstwo Zdrowia już dwukrotnie zajmowało w tym zakresie stanowisko (25 lutego i 7 maja br. – pisma RKL.07.7.2021. GG), prostując pierwotnie przyjętą wykładnię, a do tego wskazując wojewodów jako właściwych do rozstrzygania indywidualnych rozliczeń i spraw. Zapowiedziało również poddanie przepisów ponownej ocenie i modyfikacji. Warto więc przeanalizować te trzy sytuacje:

1. Kierownik specjalizacji nie otrzymuje dodatku w sytuacjach wskazanych

w art. 16l ust. 1, 2 i 4 ustawy o zawodach lekarza, tj. za okresy, o które obligatoryjnie przedłuża się specjalizację (z wyjątkiem urlopu wypoczynkowego nabycyego i niewykorzystanego z powodu nieobecności z przyczyn wskazanych w art. 16l ust. 1).

2. W trakcie odbywania modułu podstawowego dodatku nie otrzymuje kierownik specjalizacji, a lekarz pełniący funkcję kierownika specjalizacji w jednostce uprawnionej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w module podstawowym.

3. Nie nalicza się dodatku do wynagrodzenia za okres dłuższy niż 30

kolejnych dni braku sprawowania przez kierownika specjalizacji bezpośredniego nadzoru nad lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne.

O KIM MOWA?

Najmniej kontrowersji jest związanych z drugą sytuacją, w której lekarz odbywa moduł podstawowy specjalizacji (choć może je budzić odbywanie staży kierunkowych, które nie zostały wymienione wprost w omawianym przepisie). Problemy następczo wzajemny stosunek zdarzeń z grupy pierwszej i trzeciej – czy są to zbiory rozłączne (niemające elementu wspólnego), czy się krzyżujące. Sytuacje opisane w art. 16l ust. 1, 2 i 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczą wyłącznie lekarza odbywającego specjalizację. Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, które znalazło odzwierciedlenie w treści umów zawieranych przez wojewodów z podmiotami prowadzącymi szkolenia specjalizacyjne, sytuacje z grupy trzeciej mogą dotyczyć zarówno lekarza odbywającego specjalizację, jak i kierownika specjalizacji. Nie jest to jednak poparte przekonującą argumentacją. Najlepiej widać to na przykładzie choroby specjalizującego się lekarza. Mieści się ona w pierwszej grupie sytuacji – mówi o tym art. 16l ust. 1 pkt 1) lub 3) ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ale idąc tokiem

Dodatek nie jest wypłacany w trzech grupach przypadków. Ich interpretacja następczo takich problemów, że Ministerstwo Zdrowia już dwukrotnie zajmowało w tym zakresie stanowisko.

myślenia Ministerstwa Zdrowia, mogłaby znaleźć się w grupie trzeciej, o ile choroba będzie trwała dłużej niż 30 kolejnych dni. Nie wydaje się możliwe, żeby racjonalny ustawodawca powielił w jednym przepisie przesłanki wyłączające prawo do dodatku i do tego raz zabierał go od pierwszego dnia nieobecności spowodowanej chorobą, a w drugiej sytuacji dopiero po 30 dniach nieprzerwanej absencji. Wydaje się, że sytuacje opisane w trzeciej grupie powinny dotyczyć wyłącznie kierownika specjalizacji.

KWESTIA BEZPOŚREDNIEGO NADZORU

Problematyczne jest też posłużenie się w przepisie terminem „bezpośredni

nadzór”. Wydaje się, że nie chodzi tutaj o „stały, osobisty kontakt z lekarzem, którego pracę się nadzoruje”, bo takie podejście może uczynić dodatek dla kierowników iluzją. Do tego ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 16m ust. 7, opisując obowiązki kierownika specjalizacji, mówi wyłącznie o sprawowaniu nadzoru, nie wymagając żeby był on bezpośredni. Wymaga uczestniczenia przez kierownika specjalizacji w wykonywanym przez lekarza zabiegu operacyjnym albo stosowanej metodzie leczenia lub diagnostyki (co pokrywałoby się z bezpośrednim nadzorem), tylko jeśli stwarzają one podwyższone ryzyko dla pacjenta i tylko do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania lub stosowania.

Trzeba też podkreślić, że ustawa wymaga, by przerwa w sprawowaniu nadzoru obejmowała więcej niż 30 kolejnych dni. Jeśli 30 dni nie będzie następowało po sobie bezpośrednio, to kierownik specjalizacji nie utraci prawa do dodatku.

Omawiana zmiana przepisów była oczekiwana przez środowisko lekarskie. Jednak sposób zredagowania tego aktu prawnego nie wystawia najlepszego świadectwa autorom projektu w Ministerstwie Zdrowia, chyba że celowo został on napisany tak, żeby dać mniej, niż zadeklarowano. ■

¹Wprowadzono go ustawą z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 1291).

Jarosław Klimek radca prawny OIL w Łodzi

O dodatku covidowym raz jeszcze

Problemom z dodatkami covidowymi poświęcono już dużo miejsca na łamach „Gazety Lekarskiej”. Ale rzeczywistość nie przestaje zaskakiwać. Lekarze, którzy mają problemy z wypłatą dodatku, mogą zwrócić się na piśmie do właściwego oddziału NFZ o przesłanie informacji, czy na ich imię i nazwisko podmioty lecznicze, w których udzielają świadczeń zdrowotnych, otrzymały (i ewentualnie w jakiej kwocie) pieniądze na wypłatę dodatkowych świadczeń

przewidzianych poleceniem Ministra Zdrowia wydanym 4 września 2020 r. prezesowi NFZ (ze zmianą z 30 września 2020 r. i 1 listopada 2020 r.).

W kilku przypadkach okazało się, że dyrektorzy szpitali występują do NFZ o środki na wypłatę dodatków covidowych, a na konta lekarzy trafia tylko ich znikoma część lub są w całości zatrzymywane na rachunkach podmiotów leczniczych (np. z obawy, że kontrola NFZ nakaże ich zwrot). Jeśli NFZ wskaże, że przekazał kwoty

odbiegające od tych, które trafiły na rachunki lekarzy (uwzględniając obligatoryjne potrącenia danin publicznonprawnych), to zyskanie Państwa niezwykle cenne argumenty wzmacniające Państwa żądania. W końcu świadczy to jednoznacznie o tym, że szefowie podmiotów uznają, że dodatek się Państwu należy, bo to na ich wniosek (a nie z własnej inicjatywy) NFZ przelał pieniądze na jego wypłatę. Dodatkowo takie działanie może wypełniać znamiona czynu zabronionego. ■

POSTĘPOWANIA W PRZEDMIOCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Mediacja zamiast procesu

Już w XIX w. Abraham Lincoln słusznie zauważył, że spór jest problemem, który należy rozwiązać, a nie walką, którą trzeba wygrać. Jedną z form postępowania pozwalających na rozwiązanie sporu jest mediacja, której istota polega na samodzielnym rozwiązaniu konfliktu przez strony – bez udziału sądu, ale za to w obecności bezstronnej osoby trzeciej, czyli mediatora.

dr n. praw. **Paulina Tomaszewska** prawnik NIL

W przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów mediacja, jako alternatywna metoda rozwiązywania sporów, została wprowadzona do postępowania w drodze ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (dalej: u.i.l.) i uregulowana w art. 113 u.i.l.

W ostatnich latach do okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej w całej Polsce trafia duża liczba skarg (ok. 3 tys. rocznie), które po rozpoznaniu w wielu przypadkach okazują się zasadne, dlatego utrzymuje się znacząca liczba wniosków do sądów lekarskich o ukaranie obwinionych osób.

WIĘCEJ PROFITÓW

Istotnymi korzyściami wynikającymi ze stosowania mediacji jest nie tylko możliwość polubownego zakończenia sporu i uniknięcie włączania w sprawę organów izb lekarskich, ale także poprawa relacji uczestników na przyszłość oraz zmiana sposobu myślenia o konflikcie i zaistniałej sytuacji, co może mieć niezwykle istotne znaczenie szczególnie w sporach pomiędzy lekarzami. Należy bowiem pamiętać, że lekarze, będący w konflikcie, już po zakończeniu postępowania przed sądem lekarskim często zmuszeni są

Aż w przypadku 70 proc. spraw skierowanych do mediacji doszło do zawarcia ugody między stronami.

do dalszej współpracy w ramach jednego podmiotu leczniczego.

SKUTECZNA, ALE NIEPOPULARNA

Czy w przedmiocie lekarskiej odpowiedzialności zawodowej mediacja jest formą często wykorzystywaną? Niestety nie. Okazuje się bowiem, że w latach 2010-2018 okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej skierowali do postępowania mediacyjnego zaledwie 77 spraw. Okręgowe sądy lekarskie w tym samym czasie skierowały do mediacji 22 sprawy. To zaledwie kropla w morzu wszystkich spraw podejmowanych przez organy odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Interesującym faktem jest, że aż w przypadku 70 proc. spraw skierowanych do mediacji doszło do zawarcia ugody między stronami. Pokazuje to, że mediacja jest narzędziem, które pozwala w praktyce na polubowne zakończenie sporu, jeśli tylko strony postępowania – a więc pokrzywdzony i obwiniony – wyrażą zgodę na udział w mediacji.

PRZEPROSINY, ODCZYTANIE SKARGI, A NAWET ZMIANA LEKARZA

Jakie były postanowienia sprecyzowane w ugodach zawartych przed mediatorem izby lekarskiej? Jak wynika z przeprowadzonych w izbach lekarskich badań aktowych, bezsprzecznie na pierwszym miejscu znalazło się przeproszenie pokrzywdzonego – takie rozwiązanie dotyczyło aż 58 proc. badanych spraw. Wśród nich były sprawy z zakresu zarówno konfliktów między lekarzami, jak i konfliktów między lekarzem a pacjentem. W jednej ze spraw dotyczących sporu między lekarzami przeprosiny zostały opublikowane w biuletynie okręgowej izby lekarskiej.

Ciekawe wydają się być inne postanowienia ugody, również o charakterze życzeniowym, takie jak zapewnienie przez obwinionego, że w przyszłości nie dojdzie do podobnej sytuacji. Również do takich niestandardowych rozwiązań wypracowanych w toku przeprowadzonej mediacji należy chociażby: zorganizowanie odprawy w szpitalu, podczas której dyrektor odczytał skargę pacjentki dotyczącą lekarzy danego szpitala w obecności personelu medycznego. Ciekawym postanowieniem zawartym w ugodzie było także zagwarantowanie pacjentowi

Sprawy skierowane przez OROZ i OSL do postępowania mediacyjnego w latach 2010-2018

Przyczyną tak niewielkiego wykorzystania mediacji w postępowaniach jest brak wskazania konsekwencji prawnych w przypadku zawarcia ugody w toku postępowania mediacyjnego. W związku z tym *de lege ferenda* warto rozważyć potrzebę wprowadzenia w ustawie o izbach lekarskich przepisu pozwalającego na umorzenie postępowania w przypadku zawarcia ugody przed mediatorem.

dalszego leczenia przez innego specjalistę. Taka sytuacja miała miejsce w sprawie dotyczącej lekarza dentystry.

PIENIĄDZE NIE TAK WAŻNE

Analiza akt w badanych sprawach wykazała również, że w 15 proc. ugoda dotyczyła zapłaty określonej kwoty pieniężnej na rzecz skarżącego. Warto w tym miejscu zauważyć, że jest to stosunkowo nieduży procent badanych spraw. Okazuje się więc, że odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne w sprawach w przedmiocie odpowiedzialności

zawodowej lekarzy wcale nie jest najistotniejszym elementem w przypadku zawarcia ugody. Mediacja pozwala stronom postępowania na rozmowę, wyrażenie emocji związanych ze sprawą, a także na wspólne wypracowanie sposobu naprawienia szkody.

Warto tutaj zwrócić uwagę, że część konfliktów jest często spowodowana brakiem należytej komunikacji. Temat ten szeroko omawiano podczas konferencji „Mediacja w Medycynie”, zorganizowanej przez Naczelną Radę Lekarską we współpracy z Naczelną Radą Adwokacką w styczniu 2020 r.

w Krakowie. Przedstawiciele dwóch zawodów zaufania publicznego podkreślali wówczas, że mediacja stwarza możliwości, które pozwalają na lepszą komunikację stron. Stworzenie przez mediatora płaszczyzny pozwalającej stronom na polubowne rozwiązanie sporu, opartej na dyskusji, rozmowie i wysłuchaniu, w wielu przypadkach pozwala na szybsze zakończenie postępowania, satysfakcjonujące obie strony.

POTRZEBNA ZMIANA PRAWA

Pojawia się w tym miejscu pytanie, dlaczego mimo tak wielu wskazywanych korzyści mediacji, instytucja ta niestety rzadko wykorzystywana jest w praktyce. Przeprowadzone konsultacje wśród rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz członków sądów lekarskich, a także lekarzy uczestniczących w postępowaniach oraz pokrzywdzonych wykazały, że przyczyną tak niewielkiego wykorzystania mediacji w postępowaniach jest brak wskazania konsekwencji prawnych w przypadku zawarcia ugody w toku postępowania mediacyjnego. W związku z tym *de lege ferenda* warto rozważyć potrzebę wprowadzenia w ustawie o izbach lekarskich przepisu pozwalającego na umorzenie postępowania w przypadku zawarcia ugody przed mediatorem. Przykładowo, *de lege ferenda* poprzez dodanie w art. 82 ust. 3 u.i.l. przepisu, zgodnie z którym sąd lekarski może umorzyć postępowanie, jeżeli obwiniony lekarz pojednał się z pokrzywdzonym w drodze mediacji i naprawił szkodę lub zadośćuczynił wyrządzoną krzywdzie.

Jako uzupełnienie do proponowanych zmian w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich uzasadnione w mojej ocenie byłoby wprowadzenie w Regulaminie wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej przepisu, który przewidywałby, że rzecznik odpowiedzialności zawodowej, kierując do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie, w przypadku pojednania się obwinionego lekarza z pokrzywdzonym w drodze mediacji występuje z wnioskiem o umorzenie postępowania. ■

Pragnę serdecznie podziękować prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej, prezesom okręgowych rad lekarskich, Naczelnemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej, okręgowym rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, przewodniczącemu Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz przewodniczącym okręgowych sądów lekarskich za poświęcony czas, zaufanie i umożliwienie przeprowadzenia badań aktowych na terenie izb lekarskich.

SPRAWY KARNE O BŁĘDY MEDYCZNE

Zeznania przed prokuratorem

Niemalże każda sprawa karna dotycząca błędów medycznych zaczyna się od przesłuchania lekarza w charakterze świadka. Oczywiście prokurator może od razu wezwać lekarza jako podejrzanego, jednakże w praktyce tego nie robi.

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

Prokurator zachowuje się tak dlatego, ponieważ na początku sprawy nie ma wiedzy o tym, kto popełnił błąd – wiedzę tę nabędzie dopiero wtedy, gdy otrzyma opinię powołanych do sprawy biegłych.

WAGA ZEZNAŃ

Lekarz, który został wezwany do złożenia zeznań w charakterze świadka, musi mieć świadomość trzech kluczowych okoliczności. Po pierwsze, przesłuchanie świadka jest czynnością protokołowaną (obowiązek taki wynika z art. 143 § 1 pkt 2 k.p.k.), a protokół z zapisanymi zeznaniami już na zawsze pozostaje w aktach sprawy. W przypadku, gdy lekarzowi zostaną przedstawione zarzuty, takie zeznania na gruncie postępowania karnego uznaje się za niebyłe i nie można ich wykorzystywać w postępowaniu przeciwko określonej osobie (por. art. 389 § 1 k.p.k.). Niemniej nadal pozostają one w aktach sprawy i nikt ich nie usuwa.

Po drugie, zeznania złożone w charakterze świadka mogą być wykorzystywane w innym postępowaniu, np. cywilnym (prowadzącym do uzyskania odszkodowania) czy w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Po trzecie, zeznania wraz z dokumentacją medyczną są wysyłane do biegłych, którzy m.in. na ich podstawie przygotowują opinię o prawidłowości postępowania lekarza. Już choćby z tego krótkiego przedstawienia znaczenia zeznań widać, że mogą one odegrać istotną rolę w dalszym rozwoju wydarzeń, w tym również

o tym, czy i komu zostaną przedstawione w danej sprawie zarzuty.

PRZYGOTOWANIE DO ZŁOŻENIA ZEZNAŃ

Po otrzymaniu wezwania do stawienia się w charakterze świadka lekarz powinien podjąć trzy kroki, które umożliwią mu bezpieczne i rzetelne złożenie zeznań.

Pójścia na zeznania nie można traktować jak swego rodzaju niezobowiązującej rozmowy.

Krok pierwszy – lekarz powinien przypomnieć sobie pacjenta, którego sprawa dotyczy. Uważam, że zasadne jest sięgnięcie do dokumentacji medycznej i odnotowanie sobie przebiegu wydarzeń. To naturalny odruch zwłaszcza w sytuacji, w której lekarz na zeznania jest wzywany wiele miesięcy od wydarzeń (czasem nawet po kilku latach). Sięgnięcie do dokumentacji ułatwi przypomnienie sobie tamtej sytuacji i umożliwi odpowiedź na większość pytań. Ze swojej praktyki i licznych rozmów z prokuratorami wiem, że prokuratorzy zwracają uwagę na dwa rodzaje świadków: tych, którzy nic nie pamiętają, i tych, którzy wszystko doskonale pamiętają. Przypomnienie sobie wydarzeń powoduje, że nie jesteśmy w tej pierwszej grupie.

Krok drugi – lekarz, jeżeli może, powinien zapytać innych lekarzy albo pielęgniarki, wezwanych przed nim w tej

samej sprawie, o to, jakie pytania padały, co interesowało prokuratora (policjanta¹), czy był obecny pełnomocnik pokrzywdzonego pacjenta.

Krok trzeci – lekarz powinien zasięgnąć konsultacji prawnej radcy prawnego lub adwokata, specjalizującego się w prawie medycznym i mającego doświadczenie w prowadzeniu obrony lekarzy w sprawach karnych. Konsultacja taka jest potrzebna z wielu powodów. Przede wszystkim doświadczony prawnik powinien: przeanalizować daną sytuację pod kątem zagrożeń dla konkretnego lekarza, wskazać okoliczności, które należy eksponować, powiedzieć, jakich pytań można się w danej sprawie spodziewać (na podstawie doświadczenia mogą stwierdzić, że one się często powtarzają) i wyjaśnić prawa i obowiązki świadka.

PO ZEZNANIACH

Gdy już lekarz złoży zeznania, to po wyjściu z prokuratury (jednostki policji) powinien sporządzić na własne potrzeby notatkę, o co był pytany i jakich odpowiedzi udzielał. Jest to niezwykle ważne, ponieważ może zdarzyć się tak, że ten sam lekarz będzie ponownie wzywany do złożenia zeznań, a prokurator nie ma obowiązku przypominania mu tego, co mówił wcześniej. W takiej sytuacji sięgnięcie przed ponownymi zeznaniami do takiej notatki będzie bezcenne.

Podsumowując, uważam, że pójścia na zeznania nie można traktować jak swego rodzaju niezobowiązującej rozmowy. Jest to jedna z tych rozmów, które mogą zdecydować o dalszym życiu człowieka.■

¹ Niektóre przesłuchania może prowadzić policja na polecenie prokuratora.

Mezenchymalne komórki macierzyste w chorobach neurologicznych

Poza standardowo stosowanymi w medycynie krwiotwórczymi komórkami macierzystymi, coraz częściej zaczyna być stosowana druga pula multipotencjalnych komórek macierzystych – mezenchymalne komórki (MKM).

Dr n. med. **Dariusz Borucki**

MKM wykazują wielokierunkowe mechanizmy oddziaływania na regenerację uszkodzonej tkanki. Obecnie uważa się, że podane pacjentowi MKM są w stanie oddziaływać leczniczo poprzez pięć mechanizmów: przeróżnicowanie (trans-differentiation), tworzenie syncytium (cell fusion), transport egzosomów, mitochondriów oraz efekt parakryny¹.

W odróżnieniu od przeszczepiania KM – MKM przed zastosowaniem wymagają zaawansowanej preparatyki laboratoryjnej oraz procedury wytwarzania w reżimie GMP (Good Manufacturing Practice). Tak wytwarzane komórki uzyskują status formalny produktu leczniczego terapii zaawansowanej (advanced therapy medicinal product, ATMP). Zaprezentowane już w 2012 r.^{2,3} polskie badania laboratoryjne, dotyczące preparatyki sznura pępowinowego, potwierdziły istnienie powtarzalnej i efektywnej metody pozyskania MKM z tkanki pępowiny, które nadają się do wykorzystania klinicznego.

W chwili obecnej na świecie prowadzonych jest ponad tysiąc badań klinicznych

dotyczących wykorzystania MKM u ludzi, około 20 proc. dotyczy możliwości zastosowania MKM w chorobach neurologicznych⁴. W Polsce najczęstszą formą umożliwiającą zastosowanie MKM pochodzących z GW jest medyczny eksperyment leczniczy (MEL) rozpoczęty po zgodzie odpowiedniej komisji bioetycznej. Procedura ta jest w prawie EU nazywana „hospital exemption” (HE), czyli wyłączeniem (wyjątkiem) szpitalnym z użyciem produktu ATMP wytwarzanego na podstawie indywidualnego zamówienia lekarza.

Stwardnienie zanikowe boczne to postępująca choroba neurodegeneracyjna ośrodkowego i obwodowego neuronu ruchowego, która prowadzi do paraliżu niemal wszystkich mięśni szkieletowych. Nie ma leku skutecznie hamującego postęp choroby. Jedynym lekiem o uznanej skuteczności jest riluzol, który jednak wydłuża przeżycie zaledwie o 10-20 proc.⁵. Po pierwszych próbach klinicznych zastosowania MKM autorzy wysunęli hipotezę o skuteczności dokanałowego podawania komórek⁶⁻⁸. Podobne, wstępne wyniki, potwierdzające bezpieczeństwo

stosowania komórek MKM, uzyskali lekarze z polskich ośrodków⁹⁻¹⁰. W 2021 r. rozpoczęło się badanie kliniczne w tym wskazaniu.

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) jest heterogenną jednostką chorobową spowodowaną przewlekłym i niepostępującym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego we wczesnym stadium jego rozwoju¹¹. Również w tej chorobie dotychczas nie znaleziono skutecznego leku. W polskiej pracy, pochodzącej z 2019 r., obserwowano u 88,9 proc. z 54 analizowanych ostatecznie dzieci z MPD, po zastosowaniu dożylnym MKM, zauważalną poprawę jakości życia oraz wzrost poziomu samowystarczalności¹².

Po kilku latach stosowania MKM w Polsce w procedurze MEL jednego jesteśmy pewni – dotychczasowe wyniki uprawniają do ich dalszego stosowania, ponieważ stosunek korzyści klinicznej do ryzyka dla pacjenta jest pozytywny. Potwierdza to także przekrojowa publikacja¹³, w której przeanalizowano ponad 55 tys. publikacji klinicznych z całego świata, które opisały stosowanie komórek MKM u ponad 47 tys. pacjentów. ■

Bibliografia:

¹ Xiaoting Liang i wsp., *Cell Transplantation* 2014; 23: 1045-1059

² Czaplicka I. i wsp., *Onkologia Polska* 2012; 15 (supl.1): p085

³ Murzyn M. i wsp., *Bone Marrow Transplant* 2013; 48 (supl.2): S111

⁴ www.clinicaltrials.gov – dostęp z dnia 17 maja 2021 r.

⁵ Sreedharan J., Brown R.H. Jr., *Ann Neurol*. 2013; 74(3): 309-316

⁶ Mazzini L. i wsp., *Neural Res* 2006; 28(5): 523-526

⁷ Mazzini L. i wsp., *Exp Neurol*. 2010; 223(1): 229-237

⁸ Mazzini L. i wsp., *Cytotherapy* 2012; 14(1): 56-60

⁹ Milczarek i wsp., doi.org/10.31749/pismz2018/20852

¹⁰ Barczewska M. i wsp., *Stem Cell Rev and Rep* 16, 922-932, 2020, <https://doi.org/10.1007/s12015-020-10016-7>

¹¹ Faulkner S.D. i wsp., *Semin Pediatr Neurol*. 2013; 20(2): 146-153

¹² Borucki D., Zdzińska-Malinowska I., *Stem Cell International* 2019, Article ID 7402151

¹³ Pittenger M. i wsp., *Regenerative Medicine* 2019; 4:22;

<https://doi.org/10.1038/s41536-019-0083-6>

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.



RODO A PODMIOTY LECZNICZE

Coraz lepsza ochrona danych

Minęły już ponad trzy lata od wejścia w życie unijnego ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych*. Jak RODO wpłynęło na placówki medyczne?

Z Pauliną Dawidczyk, zastępcą dyrektora Departamentu Skarg w Urzędzie Ochrony Danych Osobowych, rozmawia Lidia Sulikowska.

RODO wywołało ogromne poruszenie w podmiotach leczniczych. Czy strach przed wprowadzeniem nowych przepisów był uzasadniony?

Rzeczywiście, wraz z rozpoczęciem stosowania tego rozporządzenia powstało wiele obaw w jednostkach ochrony zdrowia. Obserwując tę dyskusję, miałam wrażenie, że przepisy dotyczące ochrony danych osobowych dopiero zaczynają funkcjonować w naszym kraju, a przecież one obowiązują od ponad 20 lat. RODO jedynie wprowadziło dodatkowe obowiązki na administratorów danych osobowych, ale ich główna część jest z nami od dawna.

Jednym z głośniejszych tematów rozmów była kwestia wywoływania pacjentów po nazwisku w obecności innych oczekujących przed gabinetem lekarskim. Pewna przychodnia zasłynęła tym, że zaczęła przydzielać „ksywki”, przez co do lekarza wzywany był Batman, Terminator, a nawet Gargamel.

Nie rozumiem, dlaczego sprawa ta spowodowała aż tak duże poruszenie, bo przecież zanonimizowane wzywanie pacjentów obowiązywało na długo przed RODO. Oczywiście rozwiązanie, jakie wprowadziła ta placówka, można zaliczyć do RODOabsurdów, bo można było zastosować inne mechanizmy zapewniające pacjentowi prywatność w poczekalni.

Pozytywne jest to, że po wejściu w życie nowych unijnych przepisów baczniej zaczęto zwracać uwagę na kwestię ochrony danych osobowych. RODO na pewno uświadomiło wielu jednostkom ochrony zdrowia, że mają lepiej dbać o prywatność swoich pacjentów.

Czy do UODO wpływa wiele skarg w związku z naruszeniem przepisów RODO przez podmioty lecznicze?

Otrzymujemy zgłoszenia dotyczące stosowania nieprawidłowych praktyk, ale nie jest to jakaś ogromna liczba. Rocznie wpływa średnio kilkaset takich indywidualnych skarg od pacjentów. W ostatnim, pandemicznym roku było ich nieznacznie więcej. Podsumowując trzy lata funkcjonowania RODO, można jednak stwierdzić, że w zdecydowanej większości placówek medycznych wprowadzono niezbędne procedury, aby chronić



dane osobowe pacjentów. Pozostaje jeszcze kwestia liczby zgłoszeń naruszeń ochrony danych osobowych przez samych administratorów danych, bo RODO nakłada na nie taki obowiązek, ale to temat na odrębną rozmowę.

Na co najczęściej skarżą się pacjenci?

Przed wszystkim napływają do nas skargi związane z nieuprawnionym dostępem do danych osobowych. Najczęściej chodzi o błędne udostępnianie informacji gromadzonych w dokumentacji medycznej, czyli np. wydanie danych bez weryfikacji tożsamości osoby, której one dotyczą lub osobie nieuprawnionej. Zazwyczaj takie sytuacje wynikają nie tyle ze złego przygotowania placówki do zabezpieczania danych osobowych, ale z błędu ludzkiego. To znaczy, że wdrożono wszystkie niezbędne procedury, ale pracownik ich nie zastosował.

Na samym początku stosowania RODO często zdarzały się skargi na nieprawidłową realizację prawa dostępu do danych, ale obecnie raczej już ten problem nie występuje. Przedmiotem

RODO, czyli ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych, stosowane jest od 25 maja 2018 r. Dotyczy ono podmiotów wszystkich branż, w tym także medycznej. Przed jego wprowadzeniem obowiązywała ustawa z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, implementująca postanowienia dyrektywy 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady WE.

Organem nadzorującym, czy ochrona danych osobowych jest właściwie realizowana, jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który zastąpił GIODO. Prezes UODO, w razie wykrytych nieprawidłowości, może nałożyć kary w wysokości do 20 mln euro lub do 4 proc. całkowitego rocznego obrotu z poprzedniego roku obrotowego.

zgłoszeń są także sytuacje, w których podmiot medyczny gubi nośnik z danymi wrażliwymi pacjenta. Pojawiają się także skargi w związku z wystawianiem recepty na dane innego pacjenta. Zdarzyły się też doniesienia na lekarzy, którzy nadużywają swojego prawa dostępu do platformy usług elektronicznych ZUS, służącej do wystawiania zwolnień lekarskich. Pacjenci zgłaszali, że otrzymywali za pośrednictwem PUE ZUS informację, że lekarz, u którego się nie leczą, uzyskał dostęp do ich danych za pośrednictwem tego portalu. Później lekarze w toku prowadzonych przez nas postępowań przyznawali, że np. chcieli sprawdzić, czy ich znajomy/krewny przebywał w danym okresie na zwolnieniu lekarskim.

Mając na uwadze to wszystko, Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych i Rzecznik Praw Pacjenta podpisali porozumienie o wzajemnej współpracy, tak aby lepiej chronić pacjentów, ale też budować odpowiednią świadomość zarówno wśród pacjentów, jak i administratorów danych na temat ochrony danych osobowych.

Czy wraz z pojawieniem się pandemii COVID-19 pojawiły się nowe rodzaje skarg?

Zdecydowanie tak. Pandemia postawiła przed podmiotami leczniczymi nowe wyzwania w zakresie ochrony danych osobowych. W związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa trzeba było przeorganizować sposób komunikacji placówki medycznej z pacjentem – tak, aby kontakt nie był bezpośredni. Jednocześnie należało jednak pamiętać o ochronie danych osobowych pacjentów, aby nie trafiły do osób nieuprawnionych. Czasem się to nie udawało. Dlatego też Rzecznik Praw Pacjenta oraz Prezes UODO przygotowali „Wytczne dotyczące realizacji prawa do informacji przez osoby uprawnione na odległość”, które zawierają rekomendowane rozwiązania pozwalające na realizację prawa osoby upoważnionej do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość z uwzględnieniem praw pacjenta, a jednocześnie przestrzegając zasad wynikających z regulacji dotyczących ochrony danych osobowych.

Pamiętam skargę dotyczącą placówki medycznej, która postanowiła wystawić przed swoją siedzibą dwa kartony z kopertami, w których znajdowały się recepty i skierowania na badania oraz do specjalistów, opisane imieniem i nazwiskiem pacjentów. Do takiego kartonu mógł podejść każdy i zabrać ich zawartość. Nie było tam osoby nadzorującej wydawanie kopert.

Zdarzyła się też skarga na lekarza, który wystawił pacjentowi zaświadczenie zwalniające z obowiązku zasłaniania ust i nosa z uwagi na chorobę, na którą ten człowiek cierpiał. Pacjent poskarżył się, że na dokumencie widniało zbyt wiele informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Pojawiają się też zgłoszenia dotyczące posługiwania się czyimiś danymi w systemie rejestracji na szczepienia. Pacjent dzwoni do przychodni w celu zapisania się na szczepienie, ale okazuje się, że jest on już umówiony. Zdarzają się też pomyłki w rejestrze osób zakażonych koronawirusem – trafiają tam osoby zdrowe, które nawet nie miały wykonywanego testu na obecność SARS-CoV-2, co oznacza, że ich dane wpisano tam błędnie. Ostatnio wpłynęła też skarga, w której pacjent zwrócił uwagę, że przychodnia chciała – w jego ocenie – pozyskać zbyt wiele danych przed szczepieniem przeciw COVID-19. Pacjent otrzymał do wypełnienia aż trzy ankiety, w tym jedną onkologiczno-kardiologiczną.

Ile z tych skarg jest zasadnych?

Około połowa. Dotychczas w razie potwierdzenia nieprawidłowości zgłaszanych w ramach zgłoszeń indywidualnych udzielaliśmy tylko upomnień administratorom danych. Prezes UODO może też nałożyć kary finansowe, ale w sprawach skargowych, o których rozmawiamy, taka kara nie została dotąd nałożona.

Często jednak zdarza się, że skargi nie są zasadne, a wynikają z nieporozumienia na linii pacjent – personel medyczny/administracyjny lub wręcz osobistego żalu do placówki medycznej.

Kogo najczęściej dotyczą skargi? Indywidualnych praktyk lekarskich, a może większych podmiotów leczniczych?

Naruszenia zdarzają się zarówno w niewielkich, jak i dużych jednostkach ochrony zdrowia. Nie ma też znaczenia, czy jest to placówka prywatna, czy publiczna ani z jakiego regionu pochodzi.

W wypełnianiu wymogów RODO placówkom medycznym miały pomóc kodeksy branżowe. W ostatnim czasie prezes UODO wydał pozytywne opinie w sprawie dwóch projektów takich kodeksów w obszarze ochrony zdrowia, w tym jednego, w tworzeniu którego uczestniczyła Naczelna Izba Lekarska.

Wartość tych opracowań jest ogromna. Będą one przydatne dla każdego podmiotu leczniczego. Tak jak pani powiedziała, jest już pozytywna opinia Prezesa UODO na temat tych dokumentów, ale aby zaczęły one obowiązywać, trzeba jeszcze poczekać na uzyskanie akredytacji przez podmiot monitorujący. ■

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).

RODO nałożyło na administratorów danych, a więc także na podmioty lecznicze, obowiązek zgłaszania wykrytych naruszeń ochrony danych osobowych, które wystąpiły w ich placówce, do UODO. Jak wiele jest zgłoszeń takich naruszeń i dlaczego warto wywiązywać się z obowiązku? Rozmowa na ten temat z przedstawicielem Departamentu Kontroli i Naruszeń w Urzędzie Ochrony Danych Osobowych już w kolejnym numerze „GL”.

POLITYKA

Plan na dekadę?

7 proc. PKB na zdrowie w 2027 r. – taki postulat znajduje się na pierwszym miejscu wśród pięciu fundamentów „Polskiego Ładu”. Od jakiej wartości PKB będziemy je liczyli, nie wiadomo.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Polski Ład” to program społeczno-gospodarczy PiS i jego koalicjantów, Solidarnej Polski i Porozumienia, na najbliższą dekadę. W polityce to długi okres, a w demokracji parlamentarnej snucie wieloletnich scenariuszy na kolejne 2,5 kadencji przypomina loterię. Aby rozliczyć polityków Zjednoczonej Prawicy z realizacji obietnic „Polskiego Ładu”, musieliby oni utrzymać ster władzy po wyborach przewidzianych zgodnie z konstytucją w 2023 i 2027 r.

Jeśli obóz rządzący umieszcza w swoim programie na pierwszym miejscu ochronę zdrowia, co ma miejsce w „Polskim Ładzie”, to ci, którzy marzą, by polityka zdrowotna stała się jednym z kluczowych obszarów działania państwa, mogą mieć powody do radości. Obietnica wzrostu nakładów jest jednak dość mocno oddalona w czasie, a nawet jeśli się ziści, to nie postawi nas na czołowym miejscu w porównaniu z większością krajów UE. „Nowe środki przeznaczymy na inwestycje, cyfryzację, nowe kadry i nowoczesne terapie” – wskazano w programie. Zapowiedziano również osiągnięcie poziomu 6 proc. PKB na zdrowie w 2023 r., czyli rok wcześniej niż zakłada to obecna ustawa.

PIENIĄDZE, PROFILAKTYKA, LIMITY

Wśród najważniejszych zmian w obszarze ochrony zdrowia, poza wzrostem nakładów, zapowiedziano nacisk na profilaktykę dla osób powyżej 40. r.ż. połączony z okresowymi badaniami w zakresie medycyny pracy, oraz rozszerzenie opieki ambulatoryjnej i zniesienie limitów przyjęć u specjalistów – najpierw dla pacjentów poniżej 18. r.ż.,

później dla obywateli innych grup wiekowych. Jak czytamy w programie, „efektem będzie skrócenie kolejek”, ale w obliczu dramatycznego niedoboru lekarzy pewnych specjalności ten cel nie będzie prosty do osiągnięcia. W „Polskim Ładzie” znajduje się sporo deklaracji ogólnikowych (np. usprawnienie nocnej pomocy lekarskiej m.in. w oparciu o „sieć powiatowych ambulatoriów całodobowych”), niejednoznacznych („minimalne wynagrodzenie pracowników medycznych zostanie podwyższone”, „kluczowe będzie odpowiednie opłacanie specjalistów”, „planowane jest zwiększanie wynagrodzeń młodych lekarzy, w szczególności w dziedzinach priorytetowych”), padających wcześniej z ust premiera czy ministra zdrowia (np. rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej i Krajowej Sieci Kardiologicznej, powstanie Agencji Rozwoju Szpitali). Jest obietnica rozszerzenia dostępu do diagnostyki prenatalnej dla wszystkich kobiet w ciąży i zagwarantowania darmowej szczepionki przeciwko HPV.

PODATKOWE EMOCJE

Duże emocje budzą zapowiedziane w „Polskim Ładzie” zmiany podatkowe. Media i portale internetowe są zasypane symulacjami ekspertów i amatorów, przy czym jedni i drudzy nierzadko dochodzą do różnych wniosków, nie zawsze z powodu odmiennego stosunku do wzrostu danin publicznych. Wielu skupia się na likwidacji odliczenia składki zdrowotnej w PIT, jak i na tym, że dla działalności gospodarczej ma być ona liczona proporcjonalnie do dochodu. Nie każdy bierze pod uwagę skutki ulgi w PIT, dzięki której reforma ma być ponoć neutralna dla podatników zatrudnionych na umowę

o pracę pod warunkiem osiągania dochodów w wysokości 6-10 tys. zł miesięcznie, choć czy tak się stanie, wstępnie przekonamy się we wrześniu, po przyjęciu przepisów przez rząd. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że wielu lekarzom podniesienie kwoty wolnej od podatku nic nie da, a po zmianie sposobu naliczania składki zwrotnej ich obciążenia fiskalne znacząco wzrosną. To oznaczałoby, że część tej grupy zawodowej z własnej kieszeni przyczyni się do wypełnienia pierwszego z fundamentów „Polskiego Ładu”, który stanowi wzrost nakładów na ochronę zdrowia, a jednocześnie, chcąc nie chcąc, ułatwi realizację także drugiego z fundamentów programu – obniżki podatków dla 18 mln osób, w tym emerytów.

LIDERZY SZPITALNICTWA

Oceniając „Polski Ład”, niewiele uwagi poświęca się zapowiedzi wprowadzenia obowiązkowego monitorowania jakości klinicznej, obsługi pacjenta i efektywności zarządzania, co ma stanowić drugi etap reformy sieci szpitali. „Analiza porównawcza będzie obowiązkowa, a na jej podstawie wyłonieni zostaną liderzy szpitalnictwa” – bez względu na to, czy tę zapowiedź potraktuje się jako szansę na podniesienie efektów leczenia, czy też jako nahajkę, wskazuje ona, że po jej wprowadzeniu w życie część placówek odniesie korzyści finansowe i wizerunkowe, a część straci. Wszyscy nie mogą być przecież liderami. Jako „przełom w kontaktach ze służbą zdrowia” określono powstanie Centrum Obsługi Pacjenta. Mało mówi się również o ustawie o jakości, która – jak wskazano w programie – pozwoli zbudować krajowy system monitorowania zdarzeń niepożądanych. ■

W PIGULCE

Beata Wierzchowska radca prawny NIL

Zmiana warunków kontraktu medycznego

Tzw. kontrakt medyczny jest umową nazwaną, pozakodeksową, uregulowaną w art. 27 ustawy o działalności leczniczej¹. Przepis ten ustanawia ograniczenia tzw. swobody umów poprzez wprowadzenie sankcji nieważności postanowień zawartej umowy w przypadku wprowadzenia do niej zmian niekorzystnych dla udzielającego zamówienia. Za

taką zmianę uważa się zmianę, przy której uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. Sytuacja, w której konieczność zmian (nawet niekorzystnych

dla udzielającego zamówienia) wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, stanowi zatem wyjątek, ale jest możliwa. Gdyby takie okoliczności zaistniały, to w praktyce powinny one znaleźć odzwierciedlenie w treści aneksu zmieniającego umowę. ■

¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711).

Dane o szczepieniach pracowników

Obecnie nie istnieje podstawa prawna do usankcjonowania pytań pracodawcy o szczepienia pracowników przeciwko COVID-19. Szczepienia te nie są obowiązkowe, ponadto nie ma przepisów prawa, które umożliwiałyby pracodawcy przetwarzanie tego rodzaju danych.

Informacja o szczepieniu jest informacją o stanie zdrowia. Definicja danych dotyczących zdrowia zawarta jest w art. 5 pkt 15 RODO¹. Są to dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym

osoby fizycznej, w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej ujawniające informacje o stanie jej zdrowia. Dane dotyczące zdrowia to szczególnie kategoria danych osobowych (art. 9 RODO), której przetwarzanie jest co do zasady zabronione.

Kontrowersyjne byłoby również oparcie przetwarzania danych wrazliwych o zgodę pracownika, gdyby zapytanie o podanie takiej informacji wychodziło od pracodawcy. Zgodnie bowiem z art. 221b § 1 Kodeksu

pracy, zgoda pracownika może stanowić podstawę przetwarzania przez pracodawcę danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, wyłącznie w przypadku, gdy przekazanie tych danych osobowych następuje z inicjatywy pracownika.

W przypadku braku właściwej przesłanki legalizującej lub uzyskiwania informacji bez właściwego, skonkretyzowanego celu, mogą ujawnić się ryzyka związane z naruszeniem zasad przetwarzania danych. ■

¹ Rozp. PE i Rady (UE) nr 2016/679 z 27.04.2016 r. ws. ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i ws. swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozp. o ochronie danych), (Dz. Urz. UE L z 2016 r. 119, s. 1 ze zm.).

Wykonywanie zawodu lekarza

Prace samorządu lekarskiego związane z uporządkowaniem kwestii medycyny estetycznej spotęgowały pytania o zakres świadczeń możliwych do udzielania przez lekarzy. Jedno z ostatnich tego typu pytań dotyczyło np. możliwości wykonywania przez lekarza okulistę zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej w obrębie powiek – plastyki powiek górnych. Warto zatem przypomnieć zasadnicze kwestie dotyczące wykonywania zawodu lekarza. Generalną zasadą jest, że lekarz może wykonywać bez ograniczeń czynności zawodowe, ale nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe. Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Po

uzyskaniu uprawnień zawodowych, lekarz może dalej kształcić się w drodze odbywania specjalizacji lekarskiej i uzyskując tytuł specjalisty w danej dziedzinie medycyny, może też zdobywać konkretne umiejętności w drodze szkoleń i kursów. Zgodnie z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹, „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością”.

Lekarz może zatem sam określić zakres udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych, który nie musi być w każdym przypadku podparty posiadaną przez lekarza specjalizacją lekarską. Mechanizmem, który służy zapobieganiu wykonywaniu

przez lekarza świadczeń, do których nie ma on umiejętności, jest art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym „lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich”. Postanowienie KEL odwołuje się do umiejętności lekarza, a nie do posiadanych przez niego specjalizacji.

Zatem, co do zasady, lekarz posiadający pełne PWZ może wykonywać wszystkie te zabiegi, co do których nabył odpowiednie umiejętności. Gdyby natomiast doszło do naruszenia zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, lekarz podlega m.in. odpowiedzialności zawodowej, zgodnie z art. 53 ustawy o izbach lekarskich². ■

¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2021 r. poz. 790).

² Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 z późn. zm.).

Spieszmy się kochać obietnice



Andrzej Cisko
wiceprezes NRL

Nie wiadomo, czy twórcy „Polskiego Ładu” dogłębnie przemyśleli istotę systemu gospodarczego jako systemu naczyń połączonych. Tu już nie chodzi o wydumane hipotetyczne reakcje na posunięcia w polityce podatkowej. Żaden tam „efekt motyla” – w przypadku składki zdrowotnej to mogą być zupełnie proste przełożenia.

W przypadku pominięcia inwestycji w świadczenia stomatologiczne, pewnie „jak w banku” będziemy mieli napięcia i rozżalenie pacjentów samozatrudnionych, płacących dość wysoką składkę zdrowotną, bez żadnej gwarancji lepszego dostępu do takich świadczeń, po dostępności których ocenia się zwykle sprawność systemu. A stomatologia należy do takiej grupy. Ludzie po prostu te kontrakty rzucają. Cóż, wychodzi na to, że nie tylko ludzie, ale i obietnice musimy się spieszyć kochać, gdyż tak szybko odchodzą, co rezolutnie zauważyła niedawno na Twitterze jedna z internetek, parafrazując sentencję ks. Twardowskiego.

W obliczu bliskiej perspektywy wejścia obowiązku raportowania zdarzeń medycznych chciałbym zawrzeć w tym felietonie szczegółową analizę rozwiązania, które też jest jedną wielką obietnicą, a mianowicie realnego dostępu pacjenta do jego dokumentacji medycznej poprzez umożliwienie pracownikom medycznym dostępu do niej za zgodą pacjenta. Fakt, opłacałoby się to wszystkim: pacjent nie musiałby powtarzać badań, załatwiać kopii dokumentacji, płatnik lub pacjent nie musieliby płacić za ponowne procedury diagnostyczne, a lekarz nie musiałby czekać na dotychczasową dokumentację nowego pacjenta. Jest to fundament całej wielkiej reformy.

W wystąpieniach do MZ zaznaczaliśmy, że szybkie wprowadzenie raportowania da póki co ograniczone benefity, gdyż pacjent nie ma narzędzia elektronicznego, aby upoważnić kogokolwiek do wglądu w jego dokumentację (poza POZ i ekipami ratunkowymi, gdzie dostęp z mocy ustawy jest pełny). Ministerstwo odpisało, że wdrożyło w IKP system zgód pacjenta. Przyjrzyjmy się więc temu systemowi: pacjent może upoważnić konkretnego pracownika medycznego lub cały personel danej placówki leczniczej czy apteki. Nie musi też udostępniać całej dokumentacji – może określić zakresy

czasowe (nawet więcej niż jeden), w których wytworzona dla niego dokumentacja podlega udostępnieniu. Pomińmy przy tym, ilu pacjentów rzeczywiście korzysta z IKP. Dalej, jeśli pacjent ma jednego stałego lekarza, to zapewne jest to albo lekarz POZ (który takiego upoważnienia od pacjenta nie potrzebuje) albo inny lekarz specjalista, z którym kontakt jest na tyle częsty, że wypracowane zostały już metody zapoznawania lekarza z konsultacjami lub wynikami badań.

Wiara zaś w to, że w przypadku doraźnych wizyt w innych placówkach pacjent przed pierwszą wizytą zadba o upoważnienie konkretnego medyka (o ile będzie w ogóle pewny, który medyk go przyjmie), udzielając stosownej zgody w IKP – jest wiarą zdecydowanie na wyrost. Skończy się na tym, że w przypadku konieczności sięgnięcia do wyników badań czy konsultacji wizyta będzie musiała być odłożona i to bez gwarancji, że pacjent tego stosownego upoważnienia dokona.

Nie przemawia też do mnie bonus w postaci możliwości określenia zakresów czasowych leczenia, z których dokumentacja może być udostępniana. Jestem bowiem zupełnie pewny, że u części pacjentów mogą występować zakresy leczenia (rodzaje specjalistów), z których dokumentację pacjent może chcieć chronić przed szerszym dostępem. Ilu pacjentów precyzyjnie wskaże zakresy dat takiego leczenia i jak dużo innych ważnych wizyt i wyników ulegnie przy okazji nieintencjonalnemu utajnieniu? Wszak zastrzegając jakiś okres, pacjent zastrzeże automatycznie wszystko, co się w tym okresie zdarzyło.

Piszę o tym z dwóch powodów: system upoważnień naprawdę jawi się jako zwornik całej reformy i przez to musi być jak najbardziej efektywny. Po wtóre, wielka szkoda, że nie zdecydowano się w tej sprawie na szerokie konsultacje ze środowiskiem medycznym. NRL od początku VIII kadencji najżywiej, jak może, manifestuje zainteresowanie tym tematem, tymczasem z naszej pomocy w kreśleniu architektury tej części systemu najwyraźniej zrezygnowano. ■

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

Plastyczność metaboliczna umożliwia zmianę trybu życia



Bakteria *Porphyromonas gingivalis* wywołująca choroby przyzębia

W jaki sposób *Porphyromonas gingivalis* może utrzymywać się poniżej linii dziąseł, wywoływać zmiany i sprzyjać infekcjom

wywołanym przez drobnoustroje? Wiedza na ten temat jest ograniczona. Temat postanowiło zgłębić dwoje amerykańskich

naukowców: M. Fata Moradali z University of Louisville oraz Mary E. Davey z University of Florida. Wyniki swoich badań opublikowali na łamach „Nature”.

„*P. gingivalis* wykazuje plastyczność metaboliczną, która umożliwia wykorzystanie substratów niebiałkowych, w szczególności monokarboksylianów, pirogronianu i mleczanu, a także składników surowicy ludzkiej, do kolonizacji i tworzenia biofilmu. Pokazujemy, że za anabolizm węglowodanów z pirogronianu odpowiada katabolizm aminokwasów. Jednocześnie następuje zwiększenie ekspresji adhezji fimbrii, co prowadzi do wzmocnienia tworzenia biofilmu, stymulacji rozwoju biofilmu wielogatunkowego oraz wzrostu kolonizacji i inwazji pierwotnych komórek nabłonka dziąseł przez *P. gingivalis*” – informują autorzy. ■

Źródło: nature.com

Stomatologia geriatryczna na świecie

Zespół portugalskich naukowców (Irina Xavier i współpr.) oraz Amerykanin Ronald L. Ettinger z University of Iowa College of Dentistry postanowili przyjrzeć się obecności stomatologii geriatrycznej w programach nauczania szkół stomatologicznych na całym świecie oraz zidentyfikować i porównać treści tych programów.

Najpierw stworzyli listę 782 szkół dentystycznych w 102 krajach. Udało im się zidentyfikować i zweryfikować e-maile do kontaktu z 506 szkół dentystycznych (64,7 proc.) z 65 różnych krajów (reszta nie posiadała takiego kontaktu). Wysłano do nich kwestionariusze. Od 399 nie było żadnej odpowiedzi. 107 szkół zareagowało, a 83 z nich wypełniły kwestionariusz prawidłowo.

Z otrzymanych odpowiedzi wynikało, że każdy badany kraj ma inny system edukacji stomatologicznej, a edukacja

w zakresie stomatologii geriatrycznej odzwierciedla tę różnorodność. Kształcenie różni się w zależności od czasu i treści programu nauczania. „Nasze wyniki sugerują, że edukacja studentów stomatologii w zakresie leczenia pacjentów geriatrycznych jest nadal bardzo ograniczona i wymaga rozszerzenia. Uważamy, że wyspecjalizowani geriatrzy stomatologiczni mogą być kluczowymi dostawcami opieki zdrowotnej i konsultantami dla starzejącej się populacji” – informują autorzy. Sugerują jednocześnie, że konieczne są dalsze badania, które pokażą, czy nauczanie stomatologii geriatrycznej w obecnej formie jest wystarczające, aby przygotować studentów stomatologii do leczenia pacjentów w starszym wieku, czy też potrzebne będzie stworzenia specjalizacji geriatrycznej. ■

Źródło: nature.com

Fałszywe roszczenia

Dwóch lekarzy dentystów z Teksasu zapłaci 3,1 mln dolarów za składanie fałszywych roszczeń co do świadczeń, które w rzeczywistości nie były świadczone dzieciom znajdującym się w trudnej sytuacji, a co za tym idzie oszukiwanie programu Texas Medicaid i złamanie ustawy o fałszywych roszczeniach.

– Oskarżeni świadomie oszukali Medicaid, program, który zapewnia opiekę medyczną ponad 4 mln Teksasńczyków o niskich dochodach – skomentował Prerak Shah, pełniący obowiązki prokuratora amerykańskiego Północnego Okręgu. – Jeśli myśleli, że ujdzie im to na sucho, bardzo się pomylili – podkreślił.

Oskarżeni są właścicielami klinik dentystrycznych i gabinetów działających w całym Teksasie od 2009 r., leczących przede wszystkim dzieci objęte programem Texas Medicaid. Postawiono im zarzut, że w okresie od 30 maja 2011 r. do 30 maja 2017 r. ich stowarzyszone spółki zarządzające i pediatryczne kliniki dentystryczne złożyły lub spowodowały składanie fałszywych wniosków o zapłatę za wypełnienia, które nie zostały wykonane.

Nie doszło do procesu. Zawarto ugodę. Roszczenia rozstrzygnięte ugodą są jedynie zarzutami i nie ustalono odpowiedzialności.

Źródło: ada.org

STOMATOLOGIA



Marta Jakubiak
redaktor naczelna

Bez smaku lub z truskawkowym językiem

Czy stan zapalny w jamie ustnej może otworzyć wrota do bardziej gwałtownego przebiegu COVID-19? Jakie zmiany mogą zwiastować pojawienie się koronawirusa?

Jak wykazało badanie kliniczno-kontrolne „Association between periodontitis and severity of COVID-19 infection”, ryzyko powikłań COVID-19 jest znacznie wyższe u pacjentów z umiarkowanym lub ciężkim zapaleniem przyzębia niż u pacjentów z łagodniejszym zapaleniem przyzębia lub bez niego. Badanie przeprowadzono w Doha, na grupie 568 pacjentów. „Zapalenie przyzębia było istotnie związane z wyższym ryzykiem powikłań COVID-19, w tym z przyjęciem na OIOM, potrzebą wspomaganą wentylacji i zgonem oraz zwiększonym poziomem markerów we krwi, które wiązały się z gorszymi wynikami COVID-19, takimi jak D-dimer, WBC i CRP” – napisali we wnioskach przeprowadzający badanie naukowcy z Kataru, Kanady i Hiszpanii. Pacjenci z COVID-19 i zapaleniem przyzębia byli 3,5 razy bardziej narażeni na przyjęcie na intensywną terapię, 4,5 razy częściej potrzebowali wspomaganie respiratorem i byli prawie 9 razy bardziej narażeni na zgon.

Wyniki tych badań sugerują, że stan zapalny w jamie ustnej może otworzyć wrota do bardziej gwałtownego przebiegu COVID-19. Aspiracja bakterii periodontopatycznych może pogorszyć przebieg COVID-19 poprzez indukcję ekspresji enzymu konwertującego angiotensynę 2, receptora SARS-CoV-2 i cytokin zapalnych w dolnych drogach oddechowych. Kieszonki przyzębne należy traktować jako rezerwuuar wirusów,



Tzw. truskawkowy język

a bakterie periodontopatyczne jako mogące zwiększać zjadliwość SARS-CoV-2 poprzez rozszczepianie jego glikoprotein S. Dodatkowo silna odpowiedź Th17 w ciężkim zapaleniu przyzębia może zaostrzyć burzę cytokin w COVID-19. Badacze przewidują, że podczas pandemii nastąpi zwiększona częstość występowania zmian przyzębia, zwłaszcza choroby martwiczej. Zaznaczają jednak, że przeprowadzone badanie ma „wyraźne ograniczenia i do wyników należy podchodzić z ostrożnością”.

Negatywny wpływ toczącego się w jamie ustnej stanu zapalnego na zdrowie ogólne już wielokrotnie podkreślali prof.

Renata Górka, konsultant krajowy ds. periodontologii oraz prof. Tomasz Kopka, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, zwracając uwagę, jak ogromne znaczenie ma dbałość o zdrowe przyzębie i prawidłowa higiena jamy ustnej. Szczególnie mocno temat ten wybrzmiał, także w kontekście COVID-19, podczas obchodzonego niedawno (12 maja) Światowego Dnia Zdrowych Dział.

Związki COVID-19 z objawami manifestującymi się w jamie ustnej udokumentowano już dość dobrze. Wystarczy wspomnieć choćby metaanalizę opracowaną przez zespół brazylijskich naukowców

Ogólna częstość występowania zaburzeń smaku w przebiegu COVID-19 to 1-91 proc., w tym:

- 2,4-85,2% dysgeusia
- 8,9-61,8% hypogeusia
- 1,4-71,2% ageusia

Częściej odnotowywana w USA i Europie (70-80%), rzadko w Chinach (5-7%).

z Laboratorium Histopatologii Jamy Ustnej z Uniwersytetu Brazylii (J. Amorim dos Santos i współpr., „Oral Manifestations in Patients with COVID-19: A Living Systematic Review”), a także szczegółowy systemowy przegląd piśmiennictwa opracowany przez Hironori Tsuchiya z Uniwersytetu Asahi w Japonii („Oral Symptoms Associated with COVID-19 and Their Pathogenic Mechanisms: A Literature Review”).

Wspomnianą metaanalizę stworzono na podstawie wyników otrzymanych po przeszukaniu publikacji tematycznych w literaturze i sześciu bazach danych. – Uwzględniono badania opublikowane w dowolnym języku, w których wspomina się o objawach i symptomach ustnych u pacjentów z COVID-19 – informują brazylijscy naukowcy. W przypadku badacza z Japonii artykuły naukowe były pobierane poprzez wyszukiwanie w sieci w uznanych publikatorach w okresie od 3 lutego do 31 grudnia 2020 r. „Przeszukanie piśmiennictwa wykazało, że pacjenci z COVID-19 często zgłaszają się z dysfunkcją smakową, kserostomią i zmianami błony śluzowej jamy ustnej, podczas gdy

ich rozpowszechnienie może się różnić w zależności od kraju, wieku, płci i ciężkości przebiegu choroby. Dysfunkcja żołądka i kserostomia pojawiają się na

Badacze przewidują, że podczas pandemii nastąpi zwiększona częstość występowania zmian przyzębia, zwłaszcza choroby martwiczey.

wczesnym etapie zakażenia SARS-CoV-2 i trwają stosunkowo długo. Jeden z możliwych mechanizmów patogennych obu objawów przypisuje się ekspresji wirusowych receptorów wchodzących do komórek w kubkach smakowych i gruczołach ślinowych” – napisał Hironori Tsuchiya.

PROBLEM ZE SMAKIEM

Zaburzenia smaku są pierwszym rozpoznaniem w jamie ustnej objawem COVID-19. To zmiana swoista, która może

wyprzedzać pojawienie się innych objawów koronawirusa. Istniejące opracowania wskazują, że problemy ze smakiem mogą dotyczyć nawet 45 proc. pacjentów z COVID-19. Na podstawie 31 badań obejmujących 10 220 chorych w wieku 11-88 lat można stwierdzić, że zaburzenia te przebiegają w różnym stopniu: 38 proc. to dysgeusia (smak spaczony), 35 proc. – hypogeusia (zmniejszone odczuwanie smaku) i 24 – ageusia (brak odczuwania smaków). Zaobserwowano też, że średni czas trwania zaburzeń to ok. 15 dni.

Częstszy związek występowania tego zaburzenia z zakażeniami SARS-CoV-2 wykazano w Ameryce Płn. (53 proc.) i w Europie (50 proc.); z kolei w Azji to zaledwie 27 proc. chorych. Wskazuje się też na silną korelację zaburzeń smaku z zaburzeniami węchu.

Jaki jest patomechanizm tych zaburzeń? Dokonuje się on na skutek ekspresji receptorów enzymu konwertującego angiotensynę 2 (AEC2), odpowiedzialnych za inwazję wirusów, a następnie inicjowanie wirusowych białek wypustek przez transbłonową proteazę serynową 2 (TMPRSS2). Ekspresja może występować na kubkach smakowych brodawek grzybowatych i liściastych języka – mówi się o bezpośrednim niszczeniu receptorów ACE2 przez SARS-CoV-2 lub modyfikowaniu ich ekspresji.

W kontekście utraty/upośledzenia smaku analizuje się także kontekst niedoborów cynku, kserostomii, obecności procesów zapalnych i apoptozy komórek brodawek języka wywołanych mediatorami zapalnymi. Wskazuje się na ewentualną możliwość wystąpienia obwodowej neuropatii nerwów, które czuciowo unerwiają język (nerwy czaszkowe VII, IX i X).

Wykazano, że zaburzenia smaku ulegają poprawie poprzez podawanie cynku. Stwierdzono ponadto, że chlorochina z jonoforem cynku, zwiększająca napływ cynku do komórek, hamuje SARS-CoV-2 in vitro. W jednym z badań w czasie hospitalizacji pacjentów z COVID-19 określono u chorych stężenie cynku w surowicy. Okazało się, że wykazywali oni znacznie niższe stężenia w porównaniu z osobami zdrowymi z grupy kontrolnej. Gdy poziom cynku <80 µg/dl został zdefiniowany jako niedobór, stwierdzono go u 57,4 proc. chorych. U osób tych notowano wyższe wskaźniki powikłań COVID-19, przedłużoną hospitalizację, a także wyższą śmiertelność.



**RELACJA
Z WYDARZENIA**

O wpływie infekcyjnych chorób występujących w jamie ustnej na przebieg i powikłania COVID-19, a także o konsekwencjach dla zdrowia jamy ustnej zakażenia wirusem SARS-CoV-2 rozmawiano podczas konferencji zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Periodontologiczne w Dniu Zdrowych Dziąseł 2021.

KSEROSTOMIA

Zaburzenia wydzielania śliny to drugi dość swoisty objaw związany z występowaniem ekspresji na komórkach małych i dużych gruczołów ślinowych. Kserostomia występuje dość często, bo u 32-56,3 proc. pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

W dużych i małych gruczołach ślinowych następuje bezpośrednie niszczenie ACE2 i TMPRSS2 przez koronawirusa. Bardzo często dochodzi również do zmian zapalnych, co skutkuje neuropatią obwodową unerwienia sensorycznego i autonomicznego. „Ponieważ ludzkie gruczoły ślinowe wyrażają ACE2 i TMPRSS2, zakażenie gruczołów ślinowych SARS-CoV-2 wpłynęłoby na wydzielanie śliny, zmniejszając w ten sposób zdolność smakowania. Cynk zwiększa wydzielanie niestymulowanej i stymulowanej śliny u ludzi. I odwrotnie, niedobór cynku związany z COVID-19 może wywołać dysfunkcję smakową poprzez zmniejszenie wydzielania śliny” – wyjaśnia Hironori Tsuchiya w swojej pracy.

Objaw występuje w czasie choroby i może utrzymywać się 15 dni dłużej.

CHOROBY BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY USTNEJ

Dotychczas opisano szereg zmian w tym obszarze, ale nie były to metaanalizy, lecz badania kazuistyczne. Na ich podstawie zidentyfikowano sześć jednostek chorobowych dotyczących błony śluzowej jamy ustnej w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2.

1) Kawasaki-like. Jej wystąpienie odnotowano w 10 pracach odnoszących się do dzieci od 3 do 12 lat i w jednej opisano wystąpienie u 35-latkę (długa latencja zmian od wystąpienia ogólnych objawów COVID-19), w postaci tzw. języka truskawkowego i brodawek grzybowatych. Odnotowano także, że bardzo charakterystyczny objaw pojawiał się na skórze dłoni, która objęta była rumieniem z obrzękiem najbardziej dystalnych paliczków. Uważa się, że jest to wtórny zespół związany z IV typem alergii wtórnych do zakażenia SARS-CoV-2.

Długie opóźnienie między pojawieniem się objawów ogólnoustrojowych (układu oddechowego lub żołądkowo-jelitowego) a wystąpieniem objawów ze strony jamy ustnej lub skóry może wynikać z opóźnionej hiperaktywacji układu odpornościowego i wtórnego uwalniania ostrych cytokin zapalnych,

Antyseptyki a SARS-CoV-2

Właściwa higiena jamy ustnej może wpływać na poprawę zdrowia ogólnego zakażonych SARS-CoV-2. Potwierdzono, że niektóre płyny do płukania jamy ustnej niszczą 99,9 proc. koronawirusa w warunkach laboratoryjnych, zakłócając tym samym jego replikację w komórkach ludzkich.

Obecnie wskazuje się na trzy antyseptyki, które skutecznie działają względem SARS-CoV-2. Na pierwszym miejscu wymienia się jodopowidon, następnie 1,5-procentową wodę utlenioną oraz chlorek cetylopirydyny.

a nie z bezpośredniego wpływu wirusa na skórę i błonę śluzową jamy ustnej.

2) Enathema EM-like – została opisana w 8 pracach, u dzieci, młodzieży i dorosłych. Zmiany pojawiały się jako pęcherze, łuszczące się zapalenie dziąseł, rumieniowe plamki, nadżerki i bolesne zapalenie warg ze strupami krwotocznymi u pacjentów z docelowymi zmianami skórnymi na kończynach. Pojawiły się pomiędzy 7. a 24. dniem od wystąpienia objawów ogólnych COVID-19 oraz 2-4 tygodnie po ozdrowieniu, te póź-

U jednego pacjenta zmiany w jamie ustnej pojawiły się jednocześnie z objawami ogólnoustrojowymi, a u pozostałych czas utajenia wynosił od 2 do 10 dni” – można przeczytać w artykule przeglądowym irańskich badaczy („Oral manifestations of COVID-19 disease”). Zmiany goiły się po 5-15 dniach. Ich regresja w jamie ustnej była równoległa z poprawą choroby ogólnoustrojowej.

4) Opryszczkowe zapalenie jamy ustnej i dziąseł opisano w 6 pracach. Może ono wyprzedzać COVID-19, być w koïncydencji z nim lub następować po zakażeniu wirusem. Stres i immunosupresja związane z COVID-19 były sugerowaną przyczyną pojawienia się wtórnego opryszczkowego zapalenia dziąseł i jamy ustnej.

5) Mukositis. W kilku badaniach odnotowano również rumieniowo-fioletowe plamki, plamy, grudki i płytki na języku, błonie śluzowej warg, podniebieniu twardym i części ustnej gardła, określane jako mukositis z dosyć długą latencją w odniesieniu do zakażenia SARS-CoV-2. „Zakrzepowa waskulopatia, zapalenie naczyń, nadwrażliwość związana z COVID-19 może być przyczyną zapalenia błony śluzowej u pacjentów z COVID-19. Nadwrażliwość błon śluzowych wtórna do COVID-19, zakrzepowa waskulopatia i zapalenie naczyń mogą być możliwymi przyczynami zapalenia błony śluzowej w COVID-19” – informują irańscy badacze, Behzad Iranmanesh i współpr. U podłoża tych zmian mogą być zmiany zakrzepowe w małych naczyniach znajdujących się w jamie ustnej.

Ich obecność notuje się z 7-14-dniową latencją w odniesieniu do zakażenia SARS-CoV-2.

6) Kandydozy ostre odnotowano dotychczas w dwóch pracach. Przypuszcza się, że to wtórne zakażenie, związane ze stosowaniem immunosupresji bądź polipragmatyzacją. ■

Zaburzenia wydzielania śliny to drugi dość swoisty objaw związany z występowaniem ekspresji na komórkach małych i dużych gruczołów ślinowych. Kserostomia występuje dość często, bo u 32-56,3 proc. pacjentów zakażonych SARS-CoV-2.

niejsze uznawano za alergiczne zmiany polekowe.

3) Aftozy małe lub duże (zespół Sweet), dość często opisywane (w 8 pracach), u podłoża których upatrywano wystąpienie burzy cytokinowej, supresje i stres. Czas latencji ocenia się na od 2 do 10 dni. U młodszych osób z łagodnym przebiegiem COVID-19 zmiany notowano rzadziej, duże zaś u starszych, ze średnią i ciężką postacią zakażenia.

„Zmiany podobne do aft pojawiły się jako liczne płytkie wrzody z rumieniowymi aureolami i żółto-białymi pseudomembranami zarówno na zrogowaciałej, jak i niezeratynizowanej błonie śluzowej.

STOMATOLOGIA W PIGUŁCE

SARS-CoV-2 a zdrowie psychiczne stomatologów

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne we współpracy z Uniwersytetem Medycznym we Wrocławiu zaprosiło lekarzy dentyistów do wzięcia udziału w badaniu stanu zdrowia pracowników ochrony zdrowia (to składowa badania inicjatywy World Mental Health Survey Consortium przy Uniwersytecie Harvarda). Każdy z członków PTS otrzymał link do ankiety drogą e-mailową. Badanie było jednorazowe, w pełni anonimowe i dobrowolne. Ankiety można było przesłać do 31 maja.

Lekarze dentyści należą do grupy najwyższego ryzyka kontaktu z osobami potencjalnie zarażonymi koronawirusem. Dane uzyskane po przeanalizowaniu ankiety pozwolą na określenie zaburzeń ze sfery zdrowia psychicznego, które są najczęstsze i najbardziej zagrażające ich kondycji. PTS zapowiada, że na podstawie otrzymanych wyników, jeśli zostanie zdiagnozowana taka potrzeba, opracuje programy wsparcia dedykowane stomatologom. ■

Źródło: pts.net.pl

Webinar Polaka dla FDI



Dr Paweł Szuba-Paszkiewicz poprowadzi webinar poświęcony stomatologii cyfrowej w ramach cyklu edukacyjnego Światowej Federacji Dentystycznej.

Szkolenie pt.: „Digital Impression In Modern Dentistry: The Possibilities And Limitations Of Actual Procedures. Facing The Challenges” odbędzie się 22 czerwca o godz. 12.00. Wymagana jest rejestracja.

Metoda cyfrowa jest szybka i precyzyjna. Wykonany skan daje możliwość powiększania obrazu, a uzyskany obraz można przeanalizować od razu, podczas

tej samej wizyty. W razie potrzeby łatwo jest zrobić dodatkowe częściowe skany, uzyskując lepszą jakość odwzorowania.

Paweł Szuba-Paszkiewicz jest absolwentem Wydziału Stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, autorem m.in. innowacyjnych, cyfrowych technik pracy, metod pobierania wycisków (DiaC-Trac-tion), cyfrowego projektowania uśmiechu SDP, a także minimalnie inwazyjnych metod rekonstrukcji uśmiechu. ■

Źródło: fdioralhealthcampus.org

XXI Konferencja Okrągłego Stołu

Przedstawiciele wszystkich uniwersytetów medycznych w Polsce, w tym dziekani, pro-dziekani, kierownicy jednostek organizacyjnych wszystkich dziedzin stomatologii, konsultanci, przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej oraz grono nauczycieli akademickich spotkali się, by rozmawiać o kształceniu przed- i podyplomowym polskich stomatologów.

12 i 13 maja odbyła się w trybie hybrydowym XXI Konferencja Okrągłego Stołu „Kształcenie przed- i podyplomowe w stomatologii” oraz XIII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Dydaktyczna „Środowisko a stan zdrowia jamy ustnej” zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Edukacji Medyczno-Dentystycznej (PTEMD) „Sapientia”. Spotkanie prowadziły prof. Teresa Bachanek, prezydent honorowy tego Towarzystwa, oraz prezydent PTEMD dr hab. Barbara Tymczy-na-Borowicz, prof. UM w Lublinie.

Podkreślono m.in. konieczność zachowania jednolitego magisterskiego, ogólnoakademickiego charakteru studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym, tytułu lekarza dentyisty oraz rolę symulacji jako środka, a nie celu dydaktyki. Mówiono też o konieczności dostosowania efektów kształcenia ogólnomedycznego do rzeczywistych potrzeb przyszłego lekarza dentyisty. Zwracano też uwagę, że konieczna jest aktualizacja standardów kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym w związku z dokonującym się postępem w stomatologii.

STOMATOLOGIA



Nierówny rozkład sił

W prywatnych praktykach dentystycznych pracują specjaliści, którzy mogą realizować programy specjalizacyjne na bardzo wysokim poziomie. Dlaczego więc tak niewielu z nich chce szkolić młodszych kolegów i koleżanki?

Lucyna Krysiak dziennikarz

Sprawa specjalizacji w stomatologii od lat porusza środowisko lekarzy dentyistów. Ministerstwo Zdrowia przyznaje tak mało miejsc specjalizacyjnych, że lekarzom dentyistom, pragnącym rozwijać się zawodowo, coraz trudniej zdobyć rezydenturę.

Ośrodki, gdzie mogą się specjalizować, głównie zlokalizowane są przy uczelniach medycznych, ale te – siłą rzeczy – mają ograniczoną pulę miejsc szkoleniowych. Z kolei prywatne praktyki niechętnie decydują się na prowadzenie specjalizacji, bo akredytacja, którą trzeba uzyskać, by móc szkolić,

ma tak mocno wyśrubowane warunki, że trudno jest je spełnić. Poza tym brakuje też zachęt finansowych ze strony resortu zdrowia, by opłacało się kształcić specjalistów w prywatnych praktykach.

POTRZEBNE SĄ ZMIANY

Z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty wynika, że liczbę miejsc specjalizacyjnych w stomatologii uzależnia się od zapotrzebowania zgłaszanego przez konsultantów wojewódzkich, którzy uwzględniają wolne miejsca szkoleń, potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz dostępność do świadczeń zdrowotnych w danej specjalności

stomatologicznej. – Bardzo wątpię, czy decydenci posiadają rzetelne rozeznanie na ten temat, gdyż rezydentur jest zdecydowanie za mało w stosunku do zapotrzebowania na specjalistów w różnych dziedzinach, np. w ortodoncji, periodontologii, protetyce czy chirurgii stomatologicznej – mówi dr Jacek Woszczyk, specjalista protetyki, członek Komisji Stomatologicznej NRL, i dziwi się, dlaczego podaż i popyt na specjalistów są tak rozbieżne.

Nadmienia jednocześnie, że w tegorocznej sesji wiosennej dla stomatologii przyznano zaledwie 34 miejsca specjalizacyjne, z czego 90 proc. jest zlokalizowanych w placówkach

uniwersyteckich, a zaledwie 10 proc. w prywatnych ośrodkach, mimo że niejednokrotnie oferują one szerszy zakres różnego rodzaju zabiegów w jamie ustnej niż kliniki uniwersyteckie. – To są spostrzeżenia oparte na własnych doświadczeniach związanych ze staraniem się o otwarcie miejsc akredytacyjnych, zakończonym z „nieznanych” mi powodów fiaskiem,

tą jakoś pacjent płaci z własnej kieszeni i stomatolodzy, choć nie chcą się oficjalnie wypowiadać na ten temat, uważają, że decyduje tu czynnik ekonomiczny.

Ministerstwu Zdrowia nie zależy na podejmowaniu działań, które umożliwiłaby komercyjnym ośrodkom prowadzenie specjalizacji, ponieważ resort musiałby z tego tytułu ponosić

monitów konsultantów wojewódzkich i krajowego dotyczących zmiany warunków refundacji i koszyka ortodontycznego, nie podniesiono punktów za refundowane procedury ortodontyczne, w związku z czym notuje się odpływ lekarzy tej specjalności z publicznego sektora lecznictwa stomatologicznego – tłumaczy prof. Beata Kawala. To dlatego ortodoncja komercyjna skierowana do pacjentów dorosłych jest przygotowana na ich leczenie, ale ortodoncja dziecięca ma z tym problem.

Najwięcej ortodontów jest w województwach: dolnośląskim i mazowieckim, gdzie limit jednego ortodonta na 30 tys. mieszkańców jest znacznie przekroczony, ale są regiony, np. woj. podlaskie, gdzie lekarzy tej specjalności jest jak na lekarstwo. Ortodoncja jest oblegana przez młodych lekarzy dentystów – aby dostać się na specjalizację w tej dziedzinie, trzeba mieć bardzo dobry wynik LDEK-u, często o przyznaniu miejsca decyduje różnica jednego czy dwóch punktów. Prof. Kawala jest przekonana, że miejsc specjalizacyjnych w ortodoncji będzie więcej ze względu na zapotrzebowanie na usługi specjalistów w tej dziedzinie i w systemie szkoleń specjalizacyjnych widzi w tym udział prywatnych podmiotów.

SYSTEM DO POPRAWKI

Na temat kształcenia specjalistów pada wiele krytycznych uwag. Wśród lekarzy dentystów, szczególnie starszej daty, są tacy, którzy uważają, że w Polsce jest wystarczająca liczba specjalistów w stomatologii i nie jest konieczne zwiększanie liczby szkółących się, gdyż rynek sam reguluje zapotrzebowanie na usługi specjalistyczne. Jednak wielu lekarzy dentystów, zwłaszcza tych, którzy praktykowali jakiś czas za granicą i widzieli, jak funkcjonują inne systemy lecznictwa, zauważa, że nie należy ograniczać liczby specjalizujących się, ale udoskonalać sposób ich kształcenia. Kraje Unii Europejskiej, które zlikwidowały specjalizacje w stomatologii, teraz tego żałują i czynią starania, aby je przywrócić. – Kiedyś wielokrotnie padały stwierdzenia, że ilość specjalistów w Polsce, jeśli chodzi o stomatologię, jest zadawalająca. Rzeczywistość pokazuje, że tak

Wiadomo, że nowoczesna stomatologia nie istnieje bez specjalistyki. Na rynku skomercjalizowanych usług dentystycznych (stomatologia jest w 90 proc. sprywatyzowana) jest duża konkurencja, ich jakość jest więc kluczowa w walce o pacjenta i bez wysoko wykwalifikowanych specjalistów trudno byłoby ją osiągnąć.

mimo spełniania wszystkich wymogów – podkreśla dr Jacek Woszczyk. Uważa, że prywatne ośrodki mogłyby uzyskiwać więcej miejsc akredytacyjnych, ale należałoby poluzować wyśrubowane warunki dotyczące zasad akredytacji, uczciwie wycenić trud włożony w szkolenie specjalistów i adekwatnie za to płacić. Ale z wyegzekwowaniem tego mają problem nawet kliniki uniwersyteckie, trudno więc uwierzyć, że resort zdrowia wiązałby się z tego zobowiązania wobec podmiotów prywatnych.

– Żeby wprowadzić zmiany w tym zakresie, potrzebne są chęci, dobra wola resortu zdrowia i złamanie stereotypów dotyczących trybu naboru chętnych do specjalizowania się i przyznawania akredytacji. Może też pora zrozumieć, że wolny rynek może dotyczyć także specjalizacji? Może to kandydat na specjalistę mógłby wybierać miejsce odbywania stażu, co by wiele wyjaśniało i weryfikowało – zastanawia się dr Jacek Woszczyk.

PRZELAMAĆ OPÓR

Wiadomo, że nowoczesna stomatologia nie istnieje bez specjalistyki. Na rynku skomercjalizowanych usług dentystycznych (stomatologia jest w 90 proc. sprywatyzowana) jest duża konkurencja, ich jakość jest więc kluczowa w walce o pacjenta i bez wysoko wykwalifikowanych specjalistów trudno byłoby ją osiągnąć. Za

większe koszty. Płatnik refundujący usługi stomatologiczne wychodzi natomiast z założenia, że do realizacji podstawowych kontraktów z NFZ, które oferują skromny zakres usług refundowanych, specjalizacja nie jest wymagana, nie każdy lekarz dentysta musi więc być specjalistą. Jednak ostatnio to się zmienia, w publicznym sektorze usług dentystycznych specjaliści także są potrzebni i to w coraz szerszym zakresie, np. w protezycie, chirurgii szczękowo-twarzowej czy ortodoncji. – Na specjalistów ortodontów jest ogromne zapotrzebowanie, szczególnie jeśli chodzi o ortodonta dziecięcą, do której wciąż są długie kolejki – powiedziała prof. Beata Kawala, krajowy konsultant w dziedzinie ortodoncji podczas odbywającej się niedawno w Lublinie XXI Konferencji Okrągłego Stołu, uspokajając jednocześnie, że ortodontów w Polsce nie jest tak mało, aby nie móc sprostać tym potrzebom. Według standardów europejskich jeden ortodonta powinien przypadać na 30 tys. mieszkańców i Polska jest bliska wypełnienia tego limitu.

– Problem polega nie na tym, że jest nas za mało, tylko na powiązaniu lekarzy legitymujących się tą specjalnością ze świadczeniem refundowanym. Wielu ortodontów rezygnuje ze świadczenia usług refundowanych przez NFZ ze względu na niekorzystne warunki ich finansowania. Mimo

nie jest. Poczekajmy jeszcze 10 lat i zobaczymy, co będzie, jak odejdą z zawodu dzisiejsi 55-60-latkowie – komentuje dr Jacek Woszczyk i przekonuje, że chociaż są powody, dla których podmioty prywatne nie garną się do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych (obciążenia finansowe, brak gratyfikacji), to właśnie w nich tkwi ogromny potencjał, ponieważ pracują w nich specjaliści, którzy mogą realizować programy specjalizacyjne na bardzo wysokim poziomie. Jego zdaniem zrzućcie ciężar prowadzenia specjalizacji na ośrodki uniwersyteckie jest czymś nienaturalnym. W systemie specjalizowania się stomatologów kluczowe będzie dążenie do zrównoważenia sił pomiędzy ośrodkami uniwersyteckimi a podmiotami prywatnymi, w których mogą szkolić się przyszli specjaliści.

CHCĄ BYĆ SPECJALISTĄ

Młodzi lekarze dentyści chcą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, zdobywać specjalizacje, są jednak sfrustrowani tym, że od lat mówi się o zmianach w systemie szkoleń specjalizacyjnych, a niewiele się dzieje w tym zakresie. Ci, którzy w sesji wiosennej zdali LDEK i pragną się specjalizować, uważają, że 34 miejsca specjalizacyjne na cały kraj to kpina. – Zgłębiając przyczyny tego stanu rzeczy i rozmawiając z decydentami zajmującymi się specjalizacjami w stomatologii w urzędach wojewódzkich, potwierdziło się, że nie ma równowagi pomiędzy przydziałem miejsc akredytacyjnych w uczelniach i w podmiotach prywatnych – ocenia dr Alina Stępnik-Mardzyńska, przewodnicząca Zespołu ds. Kształcenia Poddyplomowego działającego przy Komisji Stomatologicznej NRL.

W uczelniach siłą rzeczy ilość miejsc specjalizacyjnych jest ograniczona, a specjalizowanie się w podmiotach prywatnych, które mają duże możliwości w tym zakresie, jest blokowane przez trudności ze zdobyciem akredytacji i niechęcią ze strony prowadzących prywatne praktyki do angażowania się w pracochłonny, materiałochłonny i mało opłacalny proces kształcenia specjalizacyjnego. Szczególnie obecnie, w czasach pandemii, kiedy każda

prywatna praktyka walczy o przeżycie, podjęcie się obowiązku prowadzenia specjalizacji i kształcenia specjalizantów wydaje się karkołomne. Zdaniem dr Stępnik-Mardzyńskiej w obecnych, pandemicznych warunkach, dyktowanych przez niepewny, wolny rynek i niefortunne przepisy dotyczące przyznawania akredytacji, trudno przebić się przez ten mur.

Czy równie trudno przebić się przez mur sztywnych zasad, którymi kieruje się resort zdrowia, przyznając tak małą ilość miejsc specjalizacyjnych dla lekarzy dentyistów? Swego czasu były podejmowane w tej sprawie rozmowy w Ministerstwie Zdrowia, gdzie zapewniano, że nie ma przeszkód, by

przyznawać więcej miejsc specjalizacyjnych, ale przeszkodą jest znikoma liczba akredytowanych ośrodków, gdzie lekarze dentyści mogliby się specjalizować. Dr Alina Stępnik-Mardzyńska jest jednak przekonana, że wiedza decydentów dotycząca specjalizowania się w stomatologii jest wyrywkowa i nie odzwierciedla prawdziwych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak również lekarzy pragnących się doskonalić w swoim zawodzie. Uważa, że istnieje konieczność zgłębiania wielu aspektów tego tematu. Andrzej Cisko, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL zapowiada w tej sprawie spotkanie, które odbędzie się w czerwcu. ■

Koronawirus kontra szczepienia

Z prof. Andrzejem M. Falem, prezesem Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.



Prof. Andrzej M. Fal: – Spłacenienie popandemicznego długu zdrowotnego będzie ogromnym wyzwaniem finansowym i organizacyjnym dla ochrony zdrowia.

W które obszary leczenia SARS-CoV-2 uderzył z największą siłą?

Po raz pierwszy mamy do czynienia z chorobą, która atakuje właściwie wszystkie układy. Zakażenie koronawirusem może dawać objawy kardiologiczne, pulmonologiczne, może wpływać na przebieg chorób metabolicznych, funkcję nerek, wątroby, w zasadzie wszystkich narządów i układów, także centralnego układu nerwowego. Z perspektywy ponad rocznego doświadczenia walki z COVID-19 widać jednak, że najbardziej obciążona jest pulmonologia. To jest wirus pulmonotropowy i 85 proc. pacjentów niezależnie od tego, czy są objawowi, czy nie, ma zmiany w układzie oddechowym.

W dużym stopniu pandemia dotknęła też kardiologię, gdyż osoby np. z nadciśnieniem tętniczym czy niewydolnością mięśnia sercowego są predestynowani do cięższego przebiegu COVID-19. I wreszcie psychiatrię, o której się wspomina, ale mało eksponuje, mimo że jest jedną z dziedzin, która pełni niezwykle rolę w tej pandemii. Taka

kumulacja stymulatorów negatywnych – stres związany z chorobą, utratą bliskich, izolacją, odbywaniem kwarantanny – odbija się niewątpliwie na zdrowiu psychicznym.

A długofalowe następstwa?

W ostrej fazie zakażenia wiodące są objawy ze strony układu oddechowego, zaburzenia neurologiczne, np. utrata węchu, smaku lub inne związane z określonym wariantem wirusa, który w danym momencie dominuje. U wielu pacjentów, u których objawy infekcji trwają ponad cztery tygodnie, określane są jako „long-COVID”, po umownej granicy 12 tygodni używane jest określenie „post-COVID”. Granica między tymi okresami, czas ich trwania i dominujący zespół objawów nie są jeszcze w pełni zdefiniowane i zbadane. Wyraźnie jednak dominuje zespół zmęzeniowy, który u ponad 60 proc. osób, które przechorowały COVID-19, utrzymuje się nawet po sześciu miesiącach. U ok. 30 proc. występują zaburzenia snu, co przekłada się na obniżenie wydolności fizycznej, immunologicznej, intelektualnej oraz przyczynia się do zaostrzenia przebiegu chorób przewlekłych.

Niepokojącym objawem, mogącym świadczyć o szeregu powikłań wynikających z różnych układów, jest duszność. Mimo że z definicji jest to objaw subiektywny, u ponad 25 proc. pacjentów w pół roku po przechorowaniu COVID-19 w teście sześciominutowego chodu występuje jeszcze istotne obniżenie wyniku poniżej wartości należnej. Także co piąty pacjent sześć miesięcy po przechorowaniu COVID-19 ma obniżoną dyfuzję gazów mierzoną jako DLCO. To potwierdza, że skutki COVID-19 utrzymują się długo i spodziewać się można odległych, trwałych powikłań w układzie oddechowym i układzie krążenia. Szacuje się, że należy się z nimi liczyć u ok. 10 proc. chorych. W skali świata ta liczba sięgać może 50 mln osób. I to jest pierwszy element długu zdrowotnego i obciążeń ochrony zdrowia w przyszłości.

Jak rozumieć ten dług zdrowotny?

Jest to wysokość kosztów pośrednich i bezpośrednich, jakie trzeba będzie ponieść, żeby odwrócić lub przynajmniej usiłować naprawić to, co stało się ze stanem zdrowia społeczeństwa w trakcie pandemii. Należy mieć świadomość, że spłata tego długu będzie wieloletnia i nie spadnie na anonimowe osoby, wybrane grupy czy polityków lub administrację, ale na całość społeczeństwa oraz na pracowników

opieki zdrowotnej, którzy będą musieli stawić czoła kolejnej fali – tym razem nie pandemicznej. Dotyczy to wszystkich zawodów medycznych, nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów. Raport WHO, oparty o sprawozdania ze 122 krajów, wskazał, że w trakcie pandemii dostępność opieki ambulatoryjnej dla osób przewlekle chorych dramatycznie spadła, np. w przypadku chorych z nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością serca o niemal 60 proc., a z astmą oskrzelową o ok. 45 proc. To oznacza, że zapotrzebowanie na specjalistykę ambulatoryjną, świadczenia jednodniowe czy np. rehabilitację drastycznie wzrosło. I to jest drugi element długu zdrowotnego...

W czasie pandemii w USA sprzedaż mocnych alkoholi wzrosła o 85 proc., wina o 50 proc., w Polsce jest podobnie.

Czy jest on możliwy do spłacenia?

Tak, ale trzeba czasu. W zdrowiu publicznym podejmowane działania są planowane na wiele lat, toczą się w cyklach pokoleniowych, tutaj efektów nie zobaczy się z dnia na dzień. Dlatego ta dziedzina zawsze była niedoceniana i niedofinansowana. Spłacenie popandemicznego długu zdrowotnego będzie ogromnym wyzwaniem finansowym i organizacyjnym dla ochrony zdrowia. W zakresie zdrowia publicznego są m.in. oświata i edukacja zdrowotna, kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Dotyczy to zarówno chorób niezakaźnych, opartych o czynniki behawioralne, takich jak picie alkoholu, papierosy, brak sportu, nadwaga etc., jak również prewencji chorób zakaźnych, a z uwagi na pandemię koronawirusa jest to obecnie zadanie priorytetowe.

Jak w dług zdrowotny wpisuje się profilaktyka?

Profilaktyka poległa jako jedna z ofiar pandemii. Dotyczy to zarówno profilaktyki pierwszo-, drugo-, jak i trzeciorzędowej. W czasie pandemii w USA sprzedaż mocnych alkoholi wzrosła o 85 proc., wina o 50 proc., w Polsce jest podobnie. Także w związku z wprowadzonymi ograniczeniami mniej się ruszamy i średnio przytyliśmy o 4 kg, wzrosła też liczba osób palących. Spadła za to liczba badań profilaktycznych, które pozwalały wiele chorób wcześniej wykrywać i skuteczniej leczyć. To wszystko przełoży się na wyższą chorobowość w grupie przewlekle chorych nieinfekcyjnych, zwiększoną śmiertelność, np. z powodu nowotworów. I to jest trzeci element długu zdrowotnego...

Czy przy wciąż mutującym koronawirusie uda się z pomocą szczepionek pokonać pandemię?

Szczepionki to największa zdobycz ludzkości. W medycynie dotąd nie było tak spektakularnego osiągnięcia.

Pandemia ospy zabiła 300 mln ludzi, grypa Hiszpanka – 50 do 100 mln osób, przykłady można mnożyć. Wiadomo, że jedynym skutecznym narzędziem walki z wirusami są szczepienia i ten aspekt prewencji to także istotny element działalności zdrowia publicznego. Można dyskutować nad pełną skutecznością szczepionek przeciwko COVID-19 w kontekście mutującego wirusa SARS-CoV-2, ale wraz z nabywanym doświadczeniem, zgłębianą wiedzą na ten temat, będą one

udoskonalane i dostosowywane do sytuacji epidemiologicznej. Rozgrywamy z koronawirusem swoisty mecz. My strzelamy do bramki szczepionką, a wirus w obronie odpowiada kolejnym wa-

riantem. Niektóre z nich mają ograniczoną wrażliwość na immunizację generowaną szczepieniem. Jednak naszym atutem dzięki technologii mRNA jest to, że jeśli pojawią się warianty szczególnie odporne na obecne szczepionki, w ciągu zaledwie ośmiu tygodni można stworzyć szczepionkę zmodyfikowaną, celowaną w dany wariant. Wirus mutuje tylko w czasie namnażania, czyli jedynie w organizmie człowieka. Pełna odporność populacyjna, zapobiegająca zainfekowaniu wirusem, uniemożliwi także jego mutowanie.

Czy to znaczy, że szczepienia przeciw COVID-19 trzeba będzie cyklicznie powtarzać?

Niewykluczone. Przecież przeciwko grypie szczepimy się co roku i co roku jest opracowywany nowy skład szczepionki. W przypadku COVID-19 może być podobnie, choć należy podkreślić, że SARS-CoV-2 mutuje wolniej niż grypa, gdyż ma bardziej sprawny układ kontroli jakości. Poza tym nie wydaje się, żeby był równie sezonozależny, a ochronny poziom przeciwciał utrzymuje się dłużej niż po szczepieniu przeciw grypie. Ważne jest, żeby w pełni się zaszczepić, to znaczy przyjąć tyle dawek szczepionki, ile przewiduje ChPL danego produktu, i nie zwalniać ze szczepień osób, które przechorowały COVID-19. Uzyskały one wprawdzie odporność humoralną, ale odporność komórkowa w dalszym ciągu jest u nich niska.

Wiele osób obawia się powikłań po szczepieniu.

Jest ich zdecydowanie mniej niż korzyści wynikających ze szczepień. Z punktu widzenia światowego zdrowia publicznego większym problemem jest liczba zaszczepionych. Pandemia z definicji jest zjawiskiem ogólnoswiatowym. Zwalczanie jej nie dotyczy wyłącznie lokalnych społeczności, ale całego świata, a Afryka i duża część Azji są praktycznie niezaszczepione.

Kiedy dojdzie do uzyskania w Polsce odporności populacyjnej?

Teoretycznie, w chwili, kiedy osiągniemy 70 proc. zaszczepienia populacji, a w praktyce będzie to także zależało od pojawiania się kolejnych wariantów wirusa, tempa w jakim to zrobimy, a także tempa uzyskania odporności stadnej w krajach, z którymi Polska sąsiaduje i do których chętnie wyjeżdżamy. Optymistycznie rzecz ujmując, prognozuję, że Polska uzyska odporność stadną pod koniec tego roku. ■

Na stronie internetowej <https://naukaprzeciwpandemii.pl> można zapoznać się z dwoma dokumentami, w których 20 wybitnych ekspertów z inicjatywy Nauka Przeciw Pandemii, której liderem jest Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, dzieli się swoją wiedzą na temat COVID-19 i szczepień przeciwko tej chorobie („Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność” oraz „Charakterystyka choroby COVID-19, objawy, skutki zdrowotne, rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów”).

FINANSOWANIE OCHRONY ZDROWIA

KPO a zdrowie

Wokół Krajowego Planu Odbudowy narosło wiele nieporozumień. Część z nich wynika z nadziei, które w ostatnim czasie zostały rozbudzone wobec spodziewanych wydatków na ochronę zdrowia.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), który powstał w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej, opisano w dokumencie liczącym prawie 500 stron. Po akceptacji przez rząd, na początku maja trafił on do Komisji Europejskiej, która na ocenę planu ma dwa miesiące. Zamiast drobiazgowo opisywać, co zawiera to opasłe opracowanie, skoncentrujmy się raczej na tym, co umyka w debacie publicznej i o czym nie mówi część polityków.

CZYM JEST KPO?

Zacznijmy od kwestii formalnych, często pomijanych albo, co gorsza, mylonych. KPO stanowi podstawę do ubiegania się o wsparcie z unijnego Instrumentu na Rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (RRF), stanowiącego największą część Funduszu Odbudowy (Next Generation EU). Fundusz jest „reklamowany” jako odpowiedź UE na nowe zagrożenia i wyzwania spowodowane przez pandemię COVID-19, ale to wcale nie oznacza, że jego głównym celem jest wzmocnienie opieki zdrowotnej. KPO nie jest dokumentem pełnym konkretnych, w którym znajdziemy odpowiedzi na pytania: „co?”, „gdzie?”, „kiedy?” i „za ile?”. Można go raczej porównać do urzędniczej listy obietnic i życzeń. Tym

bardziej zaskakuje dokonanie symulacji wpływu reform i funduszy z KPO, dzięki którym w 2040 r. poziom realnego PKB Polski ma być ponoć o 1,9 proc. wyższy niż w scenariuszu bazowym. Ile warto się te wyliczenia, przekonamy się za 20 lat.

JAK MA SIĘ ODPORNOŚĆ Z KPO DO PANDEMII?

Dla kogoś, kto nie zna języka występującego w unijnych dokumentach, słowo „odporność” kojarzy się w jeden sposób. Na brukselskich salonach termin ten ma jednak niewiele wspólnego z definicją zawartą w podręcznikach do medycyny. W „odporności” obecnej w pełnej nazwie KPO i po rozwinięciu angielskiego skrótu RFF chodzi o „zdolność do stawienia czoła wstrząsom gospodarczym, społecznym i środowiskowym lub utrzymującym się zmianom strukturalnym w sposób sprawiedliwy, zrównoważony i sprzyjający włączeniu społecznemu” – taką definicję znajdziemy w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady UE z 12 lutego 2021 r. ustanawiającym RFF.

NA CO TRAFIĄ ŚRODKI Z KPO?

KPO koncentruje się wokół pięciu obszarów reform i inwestycji określonych mianem komponentów. Najwięcej środków ma trafić na komponenty z jednakowym przymiotnikiem: „Zielona energia

i zmniejszenie energochłonności” (39,8 proc.) i „Zielona, inteligentna mobilność” (20,9 proc.). To blisko 61 proc. KPO. W dalszej kolejności są: „Transformacja cyfrowa (13,6 proc.) oraz „Odporność i konkurencyjność gospodarki” (13,1 proc.). Na samym końcu jest komponent „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” (12,6 proc.). Ochrona zdrowia nie jest więc priorytetem w KPO, a środki zaplanowane na ten cel nie wyglądają zbyt imponująco w porównaniu z wydatkami na cele klimatyczne i działania związane z digitalizacją, obecne zresztą w kilku komponentach, także w „zdrowotnym”. Nie jest jeszcze jasne, jak w praktyce będzie wyglądał podział na granty i pożyczki dla grup docelowych, bo wciąż możliwe są korekty dokumentu.

DLACZEGO ZDROWIE NIE JEST NA PIERWSZYM MIEJSCU?

W ostatnich tygodniach, nie tylko w środowisku lekarskim, pojawiały się głosy, że w największym stopniu strumień pieniędzy z KPO należy skierować na wzmocnienie potencjału kadr medycznych i podmiotów leczniczych, m.in. z myślą o spodziewanej kolejnej fali pandemii i przygotowaniu się na nadjeście epidemii chorób zakaźnych w przyszłości. Postulaty uzasadniano tym, że skoro w związku z pojawieniem się wirusa SARS-CoV-2 wielu Polaków

30 lat

będą spłacane pieniądze z unijnego Funduszu Odbudowy, które m.in. w ramach KPO trafią do Polski. Komisja Europejska planuje wprowadzić podatki i wyemitować obligacje.

35,97 mld

euro (ok. 162 mld zł) wynoszą pożyczki i dotacje zaplanowane w KPO. Trzeba będzie je wykorzystać do 2026 r.

12,6 proc.

środków zaplanowanych w ramach KPO stanowi komponent „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”.

doświadczyło negatywnych konsekwencji zdrowotnych, co mocno dotknęło życie społeczne i poturbowało gospodarkę, należy zrobić wszystko, by zapobiec powtórce z historii. O tym, że KPO i RFF koncentrują się na „odbudowie i zwiększaniu odporności”, a w eurożargonie odporność nie oznacza tego samego, o czym myśli lekarz, już wspominałem. To nie wszystko. Zgodnie z rozporządzeniem PE i Rady UE, RFF odnosi się do 6 filarów, wśród których opieka zdrowotna stanowi tylko jeden z nich, w dodatku będąc wymienianą obok „odporności gospodarczej, społecznej i instytucjonalnej” (art. 3). Cele RFF to m.in. promocja „spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej”, „łagodzenie społecznych i gospodarczych skutków kryzysu, w szczególności dla kobiet”, „wspieranie zielonej transformacji” i przyczynianie się do „realizacji unijnych celów w zakresie klimatu oraz transformacji cyfrowej” (art. 4). Wobec tego niespecjalnie powinno dziwić, że celem strategicznym „polskiego” KPO jest „odbudowa potencjału rozwojowego gospodarki utraconego w wyniku pandemii oraz wsparcie budowy trwałej konkurencyjności gospodarki i wzrost poziomu życia społeczeństwa w dłuższym horyzoncie czasowym”. Bezpośrednie odniesienie do ochrony zdrowia znajduje się dopiero wśród trzech celów szczegółowych KPO, nawiązujących do celu strategicznego – chodzi o „wzrost kapitału społecznego i jakości życia, w szczególności poprzez zapewnienie poprawy stanu zdrowia obywateli oraz wyższej jakości edukacji i umiejętności dostosowanych do potrzeb nowoczesnej gospodarki”.

KTO OTRZYMA GRANTY Z „KOMPONENTU ZDROWOTNEGO”?

KPO dzieli się na część grantową (szacowaną na ponad 4 mld euro) i pożyczkową (450 mln euro). Środki z tej pierwszej mają trafić m.in. na rozwój i modernizację infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych, w tym

placówek udzielających świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego oraz szpitali powiatowych. Chcąc otrzymać granty, trzeba będzie spełnić pewne warunki w ramach procedury konkursowej. Wśród ramowych kryteriów wyboru projektów zawartych w KPO jest m.in. posiadanie pozytyw-

Pieniądze z KPO zostaną wydane w kilka lat, a dług ma być spłacany przez trzy dekady.

nej opinii o celowości inwestycji oraz zgodność z takimi dokumentami jak: mapy potrzeb zdrowotnych, które jak dotąd w dość ograniczonym stopniu wykorzystywane są w praktyce, i plany transformacji w ochronie zdrowia, o których jeszcze mało kto słyszał, ale najprawdopodobniej już wkrótce staną się żywo dyskutowane w środowisku lekarskim i to w stopniu porównywalnym z MPZ. To wykluczy część placówek z grona przyszłych beneficjentów KPO. Co więcej, pod wielkim znakiem zapytania pozostaje spełnienie jeszcze innego kryterium zawartego w wersji dokumentu z początku maja, od którego uzależniona jest przyznanie grantów – chodzi o zgodność z założeniami i celami reformy sektora szpitalnictwa, tak by zapobiec kierowaniu pieniędzy do placówek, w których zmieni się profil udzielanych świadczeń. Które szpitale padną jego „ofiara”, jeśli ten zapis zostanie w dokumencie?

POWIEW NOWOCZESNOŚCI?

Spore granty będą przeznaczone na rozwój usług cyfrowych, tak by przyspieszyć cyfryzację dokumentacji medycznej (w praktyce może to oznaczać odchodzenie od kilku papierowych rodzajów dokumentów rocznie w ciągu kolejnych lat). Powstanie centralne miejsce przechowywania EDM (repozytorium danych medycznych), a także zaplanowano wydatki na wzmocnienie cyberbezpieczeństwa, w czym istotną rolę odegra nadzorowane przez ministra zdrowia Centrum e-Zdrowia. Planuje się rozwój sztucznej inteligencji (celem jest, w wielkim uproszczeniu, wykorzystanie badań laboratoryjnych i badań obrazowych m.in. do wyszukiwania zmian nowotworowych czy wskazań

w kierunku badania cukrzycy). KPO zakłada też granty na modernizację i doposażenie obiektów dydaktycznych w obliczu zwiększenia limitów przyjęć na studia medyczne. Kliniki będą mogły uzyskać środki m.in. w obszarze chorób zakaźnych i onkologii. Zakłada się przyznawanie stypendiów m.in. na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym dla 1 tys. osób w danym roku akademickim (od 2022/23 do 2025/26) w maksymalnej miesięcznej wysokości 3 tys. zł (brutto). W przypadku pielęgniarek i ratowników medycznych przewidziano m.in. stypendia i bezzwrotne dofinansowanie kształcenia. Ponadto dzięki grantom w strukturach NIZP-PZH ma powstać Centrum Badawczo-Analityczne o statusie państwowego instytutu badawczego.

ILE ZYSKAJĄ SZPITALI POWIATOWE?

Dla placówek powiatowych zagwarantowano 700 mln euro grantów, a w części pożyczkowej mają obieć dodatkowe 150 mln euro m.in. na przebudowę, rozbudowę i modernizację istniejącej infrastruktury lub stworzenie nowej wraz z ewentualnym pozyskaniem terenu na ten cel. Szpitale powiatowe będą mogły starać się o pożyczki na zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz „wsparcie zmian jakościowych w funkcjonowaniu” poprzez realizację działań

Co rząd mógł zrobić?

Z jednej strony można mieć pretensje, że w KPO za mało uwagi poświęcono kwestiom ochrony zdrowia. Z drugiej – unijne dokumenty i wytyczne są na tyle jednoznaczne, że w grę nie wchodziło wydanie na zdrowie więcej części środków. Zarzut, że zdecydowanej większości pieniędzy w ramach KPO rząd nie chciał przeznaczyć dla pacjentów, wydaje się chybiony. Krytykę należałoby w pierwszej kolejności skierować pod adresem tych, którzy ustanowili RFF i dali wskazówki, co ma się znaleźć w krajowych planach, a tutaj żaden Polak nie miał decydującego głosu. Zresztą gdy słucha się wystąpień zagranicznych szefów rządów czy głów państw, to w kontekście odbudowy Europy po pandemii sprawy związane z ochroną zdrowia trudno odnaleźć na pierwszym planie.

4,54 mld

euro wynosi wartość „komponentu zdrowotnego” (ok. 4 mld euro – część grantowa, 450 mln euro – część pożyczkowa). Szpitale powiatowe mają zagwarantowane m.in. 700 mln euro grantów.

Drugi Plan Marshalla?

Niektórzy porównują Fundusz Odbudowy do Planu Marshalla, roztaczając wizję, że dzięki unijnym środkom w najbliższych latach na Polskę i inne kraje członkowskie spadnie deszcz euro. Ta historyczna analogia wydaje się mało trafiona. Łącznie w ramach KPO zaplanowano wydatkowanie 35,97 mld euro (ok. 162 mld zł) do 2026 r. Dla uproszczenia przyjmijmy, że w cenach stałych przez 5 lat z rządu do Polski zacznie trafiać po ponad 32 mld zł. Kwota robi wrażenie, ale kiedy zestawimy się np. z Programem 500+, którego roczny koszt przekracza 41 mld zł, to nie wygląda na ogromną. Dla porównania: w tegorocznym budżecie naszego państwa wydatki zaplanowano na 486,7 mld zł. Jeszcze mniej spektakularnie prezentuje się „komponent zdrowotny” KPO – to ponad 4,54 mld euro (tj. ponad 20,4 mld zł). Założmy, również w tym przypadku, że w cenach stałych przez pięć kolejnych lat oznacza to zastrzyk finansowy rządu ponad 4 mld zł rocznie. Dla porównania: tegoroczne wydatki publiczne na ochronę zdrowia przekroczyły 120 mld zł. Nie należy gardzić żadną kwotą, która może zasilić ochronę zdrowia, ale oczekiwanie, że w najbliższych latach do placówek medycznych trafi krocie z Brukseli, ma się nijak do rzeczywistości. Będą jednak podmioty, które dzięki środkom KPO sporo zyskają.

infrastrukturalnych. Brzmi ogólnikowo? KPO taki jest. Na szczególne wsparcie mogą liczyć projekty wynikające z wyzwań epidemiologicznych (m.in. choroby zakaźne, anestezjologia i intensywna terapia), demograficznych (m.in. pediatria i inne dziedziny medycyny związane z leczeniem dzieci, geriatryka, opieka długoterminowa) i cywilizacyjnych (m.in. onkologia, kardiologia, psychiatria, choroby układu oddechowego, rehabilitacja). Ponadto w ramach części pożyczkowej planowane są inwestycje związane z produkcją w Polsce substancji czynnych (300 mln euro). To ma niewiele wspólnego ze szpitalami, choć w przyszłości może wpłynąć na ich funkcjonowanie.

CO MYŚLI WŁADZA?

KPO, który od niedawna jest dokumentem rządowym, unaocznia ogrom niedomagań w wielu obszarach naszego państwa, choć trzeba zaznaczyć, że spora część problemów ma swoje źródło

braku w zakresie nowoczesnego sprzętu diagnostycznego oraz – co mocno uwypukliła pandemia – ograniczony dostęp do świadczeń specjalistycznych i związane z tym długie kolejki. W KPO przyznano, że powstanie sieci szpitali, choć miało skrócić czas oczekiwania i zapewnić kompleksowe leczenie, przyniosło oczekiwane korzyści „tylko częściowo”, co można w zasadzie uznać za samokrytykę.

CO MA KPO DO CENTRALIZACJI?

Na pierwszy rzut oka KPO nie ma nic wspólnego z centralizacją szpitali. Okazuje się jednak, że pewien związek istnieje. Zgodnie z wersją KPO, którą przekazała Komisja Europejskiej na początku maja, unijne środki mogą posłużyć jako uzupełnienie i wsparcie zmian zapowiadanych od kilku miesięcy przez ministra zdrowia Adama Niedzielskiego i wiceministra Sławomira Gadomskiego. Niecałe trzy tygodnie później minister Niedzielski

Pomińmy kwestie związane z ograniczeniem suwerenności państw członkowskich UE, co stanowi koszt polityczny, bynajmniej nie abstrakcyjny, a także z zamrożeniem płatności w ramach tzw. mechanizmu warunkowości (po jego zastosowaniu, zamiast dotacji i pożyczek, można dostać figę z makiem). Pieniądze z Funduszu Odbudowy, które za pośrednictwem inwestycji finansowanych w ramach KPO trafią m.in. do Polski, z całą pewnością nie są „darmowe”, gdyż będą pochodzić z zadłużenia się UE na rynkach finansowych. Zanim to nastąpi, każdy kraj musi zgodzić się na zwiększenie unijnych zasobów własnych, aby Komisja Europejska wyemitowała obligacje, dzięki którym częściowo zostanie sfinansowany Fundusz.

KTO ZA TO ZAPŁACI?

Nie znamy szczegółów spłaty wielomiliardowego zadłużenia, ale nikt nie ukrywa, że nastąpi to dopiero w 2058 r. m.in. po wprowadzeniu danin w istocie stanowiących nowe podatki (np. od transakcji finansowych, od plastiku, granicznej opłaty węglowej). Nie jest wykluczone, że w przyszłości część zobowiązań może zostać de facto spłacona poprzez podniesienie wysokości składek państw członkowskich UE czy w efekcie ograniczenia wydatków ze wspólnotowego budżetu, choć wiele osób unika tego tematu jak ognia. Można się długo spierać, w jakim stopniu unijne obciążenia podatkowe odczują konsumenci, ale wydaje się mocno wątpliwe, aby nie doszło do wliczenia ich w ceny niektórych towarów i usług. Pewne jest to, że pieniądze na inwestycje w ramach KPO, z których nieduża część jest adresowana na ochronę zdrowia, zostaną wydane w kilka lat, a dług ma być spłacany przez trzy dekady. To tak, jakby ogromną pożyczkę zaciągnął rząd Tadeusza Mazowieckiego, a ostatnie raty spłacono kilka miesięcy temu. Nie mniej istotną kwestią jest uwspółnotowanie długu. Co się stanie, gdy za 10 czy 25 lat jakieś kraje nie zwrócą pożyczek? Historia, także ta nieodległa, zna przypadki nieregulowania zobowiązań przez europejskie państwa. Czy jeśli Polska stanie się współodpowiedzialna za długi Grecji czy Hiszpanii, gdzie doszłoby do czarnego scenariusza, czy pośrednio nie uderzy to w nakłady na ochronę zdrowia, wpływając na nasz budżet? ■

Środki trafią m.in. na modernizację infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej, w tym szpitali powiatowych i uzdrowisk.

w odległej przeszłości. Padają w nim liczne stwierdzenia, których raczej nie usłyszymy z ust premiera i ministrów, a już na pewno nie za często i nie w takim stopniu jak na niektórych stronach KPO. W odniesieniu do systemu ochrony zdrowia dokument stwierdza, że wyzwaniem jest nie tylko konieczność zwiększenia jego finansowania, ale również zapewnienie odpowiedniej liczby kadr (nie tylko medycznych), stan infrastruktury placówek,

poinformował, że „centralizacja zostanie wykreślona z KPO”, choć szczegółów nie zdradził. Z planu nie zostaną sfinansowane szczepionki przeciw COVID-19, choć początkowo rząd miał taki zamiar.

ZA DARMO UMARŁO?

Rozmawiając o wydawaniu pieniędzy z KPO, warto mieć na uwadze szanse i potencjalne korzyści oraz rzeczywiste koszty i towarzyszące im ryzyko.



GŁOS CZYTELNIKÓW

W sprawie komórek macierzystych

Czytelnik artykułu sponsorowanego autorstwa dr. hab. Emiliana Snarskiego pt. „Przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych w stwardnieniu rozsianym – nowy standard” zamieszczonego w „Gazecie Lekarskiej” nr 03/2021 na str. 37 dowiadyuje się z niego, że „przeszczepienia komórek krwiotwórczych powinny być aktualnie oferowane chorym na stwardnienie rozsiane na równi z innymi metodami leczniczymi” i że EBMT i ASBMT uznały takie postępowanie za standardowe. Na postawione wstępnie pytanie: „Jaki więc był i jest status przeszczepień komórek krwiotwórczych w stwardnieniu rozsianym”, artykuł dostarcza tylko tej jedynej ogólnej odpowiedzi, niestety, poza jednym wyjątkiem, stojącej w sprzeczności z przywołanymi międzynarodowymi rekomendacjami.

W nowych zaleceniach (Sharrack i wsp., „Bone Marrow Transplant” 2020;55(2):283-306) EBMT zmieniło rekomendację autologicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych z opcji klinicznej na standard postępowania wyłącznie dla wybranej, ściśle zdefiniowanej grupy chorych ze stwardnieniem rozsianym, którzy po pierwsze muszą posiadać wysoce aktywną rzutowo-remitującą postać choroby, a po drugie musiało u nich wystąpić niepowodzenie leczenia lekami immunomodulującymi.

Autorzy tej nowej rekomendacji wskazują jednocześnie, że jest ona najlepiej udokumentowana dla chorych ze wskaźnikiem niepełnosprawności EDSS 5,5 lub niższym, młodszych niż 45 lat i u których choroba trwa krócej niż 10 lat. Dla wszystkich chorych ze stwardnieniem rozsianym, którzy nie spełniają powyższych kryteriów, przeszczepienie komórek krwiotwórczych jest jedynie możliwą do rozważenia opcją kliniczną, lub nie jest w ogóle rekomendowane.

W nieodległej przeszłości przywołane w artykule przeszczepianie komórek krwiotwórczych u chorych ze stwardnieniem rozsianym w Polsce, wykonywane u jak najszerzej grupy chorych, w tym niespełniających w/w kryteriów kwalifikacji, wzbudziło wiele kontrowersji, tym bardziej że „sukcesy” nie były publikowane w czasopismach naukowych, lecz nagłaśniane w lokalnych mediach. Rozbudzało to nadzieje u chorych, które z góry były skazane na niepowodzenie.

Propagując dzisiaj rozwój nowoczesnych metod terapii w Polsce, powinniśmy unikać kontrowersji, które były szkodliwe dla rozwoju transplantologii i nie powinniśmy powtarzać starych błędów.

Uważam, że treść opublikowanego artykułu wymaga niniejszego sprostowania. ■

*prof. dr hab. n. med. Mirosław Markiewicz,
kierownik Kliniki Hematologii Klinicznego
Szpitala Wojewódzkiego nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie*

ONKOLOGIA

Nietypowe guzy

Są nowotwory, które w odróżnieniu od innych rosną znacznie wolniej i ze względu na nietypowe objawy są mylone z innymi chorobami. Ich diagnozowanie jest dla lekarzy prawdziwym wyzwaniem. Często mija wiele lat, zanim zostaną wykryte.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Zalicza się do nich guzy neuroendokrynne (NET, neuroendocrine tumors), np. rakowiak, insulinoma, gastrinoma, glukagonoma, VIP-oma. Pacjenci z takimi guzami odsyłani są do różnych specjalistów, którzy nie dokonując trafnego rozpoznania, leczą ich niewłaściwie, co opóźnia wdrożenie skutecznej terapii.

TRUDNA DIAGNOZA

Guzy neuroendokrynne z powodzeniem poddają się leczeniu, jednak zanim pacjenci trafią do ośrodków specjalizujących się w tego rodzaju terapiach, są leczeni przez dermatologów, neurologów, gastrologów, pulmonologów, alergologów. Dzieje się tak, ponieważ lekarze nieczęsto mają do czynienia z guzami NET, a objawy tych guzów przypominają symptomy innych chorób, np. astmę i nowotwór płuc (duszność i trudności w oddychaniu), menopauzę (uderzenia gorąca), alergię skórne (rumień), zespół jelita drażliwego i zapalenie jelit (ból brzucha, biegunki), a także wrzody żołądka i dwunastnicy, więc nie potrafią ich właściwie rozpoznać.

Wprawdzie przez ostatnie 20 lat nastąpił wzrost wykrywalności guzów neuroendokrynnych, to jednak prawidłowa diagnoza wciąż jest stawiana zbyt rzadko – z danych Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego wynika, że statystyki wykazują 3-5 przypadków na 100 tys. mieszkańców, ale sekcje zwłok dowodzą, że występują one znacznie częściej – nawet u 84 pacjentów na 100 tys. mieszkańców. To uzasadnia niepokój endokrynologów, którzy sygnalizują, że z wykrywalnością tego rodzaju nowotworów coś jest nie tak.

MULTIDYSCYPLINARNIE

Guzy NET wykrywa się na ogół przypadkiem, przy okazji wykonywania różnych badań profilaktycznych, np. kolonoskopii w kontekście poszukiwań zmian nowotworowych w jelitach, czy usg. jamy brzusznej lub tomografii komputerowej np. w ramach badań okresowych. Przeważnie dochodzi do rozpoznania, kiedy są już przerzuty do innych narządów – wątroby, kości.

Choroba dotyczy osób dorosłych, najczęściej w szóstej dekadzie życia, w ok. 70 proc. umiejscawia się w przewodzie pokarmowym, a w 30 proc. w układzie oddechowym.

Znaczna część guzów NET nie produkuje wystarczającej ilości hormonów i/lub amin biogennych, aby dawać objawy kliniczne i wówczas guzy te są nieczynne hormonalnie. Ale u 60 proc. pacjentów występują guzy czynnie hormonalne. Są to nowotwory typu midgut – rakowiaki (wydzielające serotoninę) oraz guzy trzustki typu insulinoma (wydzielające insulinę) i gastrinoma (wydzielające gastrynę). Podłoże występowania guzów czynnie hormonalnych bywa przyczyną błędnych rozpoznania.

Zdaniem endokrynologów ze względu na wielorakość, brak specyficznych

objawów i powolny przebieg nowotworów neuroendokrynnych, konieczne jest multidyscyplinarne podejście do problemu badań diagnostycznych. Mówiąc wprost, wykrywalność guzów NET może się poprawić, ale niezbędna jest współpraca wielu specjalistów i wzrost świadomości lekarzy co do występowania tej choroby, gdyż wiedza na ten temat nie jest wśród nich oczywista. Istotną wskazówką jest, że choroba dotyczy osób dorosłych, najczęściej w szóstej dekadzie życia, w ok. 70 proc. umiejscawia się w przewodzie pokarmowym, a w 30 proc. w układzie oddechowym.

Najczęstszym nowotworem neuroendokrynnym jest rakowiak (stanowi połowę wszystkich guzów NET), produkujący serotoninę i dający objawy zespołu rakowiaka (flush, biegunka, osłabienie, rakowiakowa choroba serca). W 90 proc. przypadków rakowiak jest złośliwy, jednak początek choroby przebiega bezobjawowo. Objawy kliniczne, a tym samym wykrycie rakowiaka, następuje w momencie, gdy jest to już zaawansowana postać nowotworu i pojawiają się przerzuty. ■

W Polsce funkcjonują ośrodki specjalizujące się w leczeniu guzów NET – m.in. w Poznaniu, Kielcach, Krakowie, a także w Katowicach, gdzie przy Śląskim Uniwersytecie Medycznym funkcjonuje Europejskie Centrum Doskonałości Leczenia Nowotworów Neuroendokrynnych (Center of Excellence).

ONKOLOGIA

Niezbędna jest większa czujność

Z prof. Markiem Ruchałą, kierownikiem Katedry i Kliniki Endokrynologii, Przemiany Materii i Chorób Wewnętrznych UM w Poznaniu oraz prezesem Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

Jakie jest pochodzenie nowotworów neuroendokrynnych i dlaczego tak późno się je wykrywa?

Rozwijają się one z rozproszonego układu komórek neuroendokrynnych zlokalizowanych w obrębie przewodu pokarmowego i układu oddechowego. Komórki te mają właściwości sekrecji substancji hormonalnie czynnych czy też amin biogennych, które są odpowiedzialne za pojawienie się objawów klinicznych. Ze względu na niespecyficzne objawy NET, zgłaszane przez pacjenta dolegliwości są przypisywane innym chorobom. Dodatkowo diagnostyka nowotworów neuroendokrynnych wymaga uzupełniającej diagnostyki histochemicznej z oceną ekspresji chromograniny A i synaptofizyny w materiale histologicznym oraz oceną indeksu proliferacyjnego Ki 67, których rutynowo się nie przeprowadza, co utrudnia rozpoznanie i zaniża statystyki dotyczące wykrywalności.

Co zrobić, aby wcześniej wykrywać guzy NET?

Guzy neuroendokrynnie często w początkowym okresie rozwoju są diagnozowane pod maską wielu innych chorób, jak np. zespół jelita drażliwego, choroby zapalne jelit, menopauza, nadczynność tarczycy. Wykonywanie przesiewowo badań USG jamy brzusznej, gastrokopii i kolonoskopii w dużym stopniu skraca proces diagnostyczny. Dużą wartość stanowi również oznaczanie w surowicy krwi poziomu chromograniny A (CgA), która jest markerem nieswoistym, ale stosunkowo czułym. Należy pamiętać, że choroby współistniejące oraz stosowane leki mają wpływ na oznaczenia CgA.

Czy to wystarczy?

Podstawowe metody obrazowania stosowane w radiologii – TK, NMR, USG – są często zawodne w lokalizacji ogniska pierwotnego i przerzutów guzów NET. Złotym standardem jest scyntygrafia receptorowa całego ciała wykorzystująca ekspresję receptorów somatostatynowych na powierzchni guza. Obecnie mamy do dyspozycji PET-Ga68 oraz HYNIC – TOC – Tc99m, które pozwalają zlokalizować zmiany średnicy nawet kilku mm.

Czego szukać – guza pierwotnego czy przerzutów?

Często rozpoznanie nowotworu neuroendokrynnego opiera się na stwierdzeniu zmian przerzutowych w wątrobie

i wykonaniu biopsji pod kontrolą TK. Jednak istotnym elementem diagnostycznym jest lokalizacja ogniska pierwotnego, które najczęściej umiejscowione jest w obrębie jelit lub trzustki. W NET niezależnie od współistniejących przerzutów dążymy do resekcji ogniska pierwotnego, co przedłuża życie pacjentów.

Na co w przypadku nowotworów neuroendokrynnych powinni zwracać uwagę lekarze innych specjalności?

Większość objawów dyskomfortu w obrębie jamy brzusznej (biegunka, zaparcia, wzdęcia, refluks, okresowe bóle brzucha) mogą być pierwszymi, niewinnymi objawami NET. Wieloletnie traktowanie tego typu dolegliwości jako choroby funkcjonalnej często usypia czujność lekarską. Wdrożenie wspomnianych badań przesiewowych oraz oznaczenie CgA w ramach POZ zdecydowanie poprawiłoby diagnostykę.

Jak dotrzeć do lekarzy z tą wiedzą?

Poprzez organizowanie szkoleń w tym zakresie dla specjalistów, do których najczęściej trafiają pacjenci z NET. Ważnym elementem zgłębiania wiedzy na ten temat są konferencje interdyscyplinarne. Dodatkowo istnieje możliwość konsultowania pacjentów na spotkaniach online (Tumor Board – Tele-NEN). Ta wiedza jest dostępna, tylko trzeba chcieć po nią sięgnąć.

A jak wygląda leczenie?

Postępowanie terapeutyczne jest uzależnione od stopnia dojrzałości histologicznej guza. Nowotwory wysokozróżnicowane – G1, G2, G3 – są kierowane do ośrodków endokrynologicznych, gdzie podejmuje się leczenie z zastosowaniem analogów somatostatyny czy też leczenie celowane (ewerolimus, sunitynib). Ośrodki dysponujące oddziałem izotopowym mogą prowadzić leczenie izotopowe, czyli PRRT. Natomiast pacjenci z rakiem neuroendokrynnym (Ki 67 powyżej 55 proc.) trafiają do ośrodków onkologicznych, gdzie poddawani są chemioterapii systemowej.

Rokowanie w guzach wysokozróżnicowanych jest dość dobre, przeżywalność wynosi 5-7 lat i dotyczy więcej niż 50 proc. chorych. Gorzej z guzami niskozróżnicowanymi, które przebiegają podobnie do klasycznych, agresywnych raków. ■

Problemy interny na Mazowszu

Cyklicznie organizowana konferencja poświęcona problemom tej dziedziny medycyny miała ze względu na pandemię COVID-19 roczną przerwę. Tegoroczna edycja odbyła się, ale w zmienionej formule. Zamiast dwudniowego zjazdu w uroczym zespole parkowo-pałacowym w Radziejowicach było spotkanie w trybie online.

Ryszard Golański

Organizatorami byli, jak zawsze, Oddział Warszawski Towarzystwa Internistów Polskich oraz konsultant wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie interny dr Marek Stopiński, gospodarz spotkania. Prowadzący oraz część mówców uczestniczyli w konferencji, łącząc się z siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.

PROBLEMY, KTÓRYCH OD LAT NIKT NIE NAPRAWIA

Spotkania te są szczególnie interesujące z tego względu, że omawianie problemów oddziałów internistycznych na Mazowszu pokazuje sytuację interny w całej Polsce. O sytuacji ogólnokrajowej mówił konsultant krajowy prof. Jacek Różański, a w województwie przedstawił dr Stopiński. Przykre jest to, że co roku powtarzane są podobne dane i opinie. Liczba łóżek internistycznych jest zbyt mała, a na dodatek z roku na rok kurczy się jeszcze bardziej. Dyrektorzy szpitali nie chcą mieć takich łóżek, bo są od lat deficytowe. Zdziwienie budzą dane co do ich wykorzystania. Podaje się liczbę 83 proc., tymczasem powszechnie wiadomo, że na oddziałach internistycznych nie ma wolnych miejsc. Pacjenci leżą na korytarzach albo „gościńnie”, na innych oddziałach. 31 proc. pacjentów to osoby powyżej 80. r.ż., z wieloma chorobami. W pandemii na oddziały „covidowe” były głównie przekształcane oddziały internistyczne, co pogorszyło ich sytuację. Sieć szpitali miała być szansą dla interny, ale tak się nie stało.

Oczekiwana od lat zmiana wyceny procedur internistycznych nie nastąpiła. Prezes NFZ Filip Nowak przyznał, że bez oddziałów wewnętrznych nie byłoby możliwe leczenie pacjentów w dobie pandemii. Problemami od lat jest to, że wielu chorych powinno być leczonych w trybie ambulatoryjnym. Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dziegielewski zwrócił uwagę, że Polska ma bardzo dużo łóżek szpitalnych, ale nie internistycznych. Prezes Towarzystwa Internistów Polskich prof. Jacek Imiela przypominał, że oddziały interny ponoszą konsekwencję zbyt małej liczby oddziałów geriatrycznych i paliatywnych. Interniści zostali zmuszeni do pracy w „covidzie” bez wystarczającej wiedzy z zakresu chorób zakaźnych. Problemami od lat są: starzenie się internistów, ich przechodzenie do POZ i oddziałów specjalistycznych. Dramatem jest pogłębiający się niedobór pielęgniarek.

Dyrektor w Grodzisku Mazowieckim Krystyna Płukis w typowym dla siebie, kategorycznym stylu, stwierdziła: „nie zwiększę liczby łóżek internistycznych z powodów ekonomicznych”. Prezes OIL w Warszawie Łukasz Jankowski zastanawiał się, jak przekonać decydentów, że interna to ważna część szpitalnictwa. Młodzi lekarze nie wybierają chorób wewnętrznych jako specjalizacji.

PROBLEMY POCOVIDOWE

Drugi dzień konferencji poświęcony był tematowi szczegółowemu. Prof. Marcin Wojnar mówił o depresji w dobie pandemii COVID-19. Zwracał uwagę

na fakt, że SARS-CoV-2 ma wpływ na OUN, nie tylko na płuca i serce. Depresję ma 1/3 pacjentów chorych na COVID-19, u 40 proc. występują zaburzenia snu. Problemem jest znaczne utrudnienie dostępności psychiatrów i psychologów.

Prof. Paweł Śliwiński przedstawił dane o zmianach płucnych i o fatalnym dostępie do rehabilitacji po przebytej chorobie. Ze względu na trudny dostęp zarówno do rehabilitacji szpitalnej, jak i ambulatoryjnej, wielu osobom pozostają ćwiczenia w domu, a tak być nie powinno. Przedstawił standardy postępowania w COVID-19. Prof. Tomasz Hryniewicz przybliżył temat powikłań kardiologicznych po COVID-19. Jest ich mniej niż się spodziewano. Problemem jest znaczące zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu chorób serca, w tym zawału, co przekłada się na znaczące zwiększenie śmiertelności. Pacjenci obawiali się hospitalizacji z powodu możliwości zakażenia. Będzie to skutkowało zwiększeniem liczby osób z niewydolnością krążenia. Prof. Tomasz Dzieciatkowski przedstawił aktualny stan wiedzy na temat szczepionek przeciwko COVID-19. Zwrócił uwagę na znaczenie wprowadzenia szczepionek dla dzieci, bo są to „cisi nosiciele”. Zwróciło moją uwagę, że brak jest wiarygodnych danych z Polski. Wielu wykładowców posiłkowało się danymi z innych krajów.

Konferencja była rejestrowana – nagranie ma zostać udostępnione na stronie internetowej OIL w Warszawie. ■

NAUKA W PIGUŁCE

Limfocyty T mogą być skuteczniejsze

Inżynierowie i naukowcy medyczni z University of Minnesota Twin Cities przeprowadzili badanie, dzięki któremu ustalili, w jaki sposób zmodyfikować komórki odpornościowe wykorzystywane w nowych terapiach przeciwnowotworowych, aby skutecznie pokonywały one bariery fizyczne i umożliwiły układowi odpornościowemu pacjenta walkę z guzami. Odkrycie to może przyczynić się do udoskonalenia terapii przeciwnowotworowych.

Limfocyty T są jak żołnierze, którzy wyszukują i niszczą wroga. – Guz jest czymś w rodzaju toru przeszkód, a limfocyt T musi przedrzeć się przez ten tor, aby dotrzeć do komórek rakowych – wyjaśnia Paolo Provenzano, starszy autor badania i prof. inżynierii biomedycznej na University of Minnesota. – Limfocyty T dostają się co prawda do guzów, ale nie mogą się w nich swobodnie poruszać i dotrzeć tam, gdzie powinny, zanim stracą moc i aktywność – dodaje.

Naukowcy chcą dokonać mechanicznej optymalizacji komórek albo uczynić je bardziej „przystosowanymi” do pokonywania barier. Sztwność włóknistej masy guza



Limfocyty T atakujące komórki nowotworowe

sprawia bowiem, że komórki odpornościowe wewnątrz guza spowalniają niemal dwukrotnie, jakby biegały po ruchomych piaskach. – To badanie jest naszą pierwszą publikacją, w której zidentyfikowaliśmy pewne elementy strukturalne i sygnałowe, umożliwiające dostrojenie limfocytów T tak, aby uczynić je skuteczniejszymi w walce z rakiem – mówi Paolo Provenzano. Każdy „tor przeszkód” w obrębie guza jest nieco inny, ale istnieją pewne

podobieństwa. Dzięki badaniu naukowcy odkryli, że po dokonaniu określonej modyfikacji komórki odpornościowe poruszały się prawie dwa razy szybciej.

Aby skonstruować cytotoksyczne limfocyty T, autorzy wykorzystali zaawansowane technologie edycji genów (zwane także edycją genomu) w celu zmiany DNA komórek T, tak aby były one w stanie lepiej pokonywać bariery nowotworowe. Ostatecznym ich celem jest spowolnienie rozwoju komórek rakowych i przyspieszenie inżynierii komórek odpornościowych. Provenzano zapowiedział, że następnym krokiem będzie badanie właściwości mechanicznych komórek, aby lepiej zrozumieć, w jaki sposób komórki odpornościowe i rakowe oddziałują na siebie wzajemnie. Naukowcy badają obecnie zmodyfikowane komórki odpornościowe gryzoni, ale w przyszłości planują badania kliniczne na ludziach. – Czujemy, że poszerzamy nową linię badań umożliwiających przyjrzenie się, w jaki sposób nasze własne organizmy mogą walczyć z rakiem – podsumował badacz. ■

Źródło: sciencedaily.com

Genetycznie zmodyfikowane komary wypuszczone w USA



Komary wyhodowane w laboratoriach mają za zadanie wyeliminowanie przenoszącego choroby komara tygrysiego (na zdjęciu)

Na Florydzie rozpoczęto kontrowersyjne testy terenowe owadów wyhodowanych w laboratoriach. Stało się to po latach sprzeciwu mieszkańców i kontrowersjach prawnych.

W maju rozpoczęto testowanie eksperymentalnej metody tłumienia populacji

dzikich komarów *Aedes aegypti*, przenoszących wirusy takie jak zika, denga, chikungunya i żółtej febry. Firma z Abingdon w Wielkiej Brytanii, która stworzyła „laboratoryjne komary”, wcześniej przetestowała owady w Brazylii, Panamie, na Kajmanach i w Malezji.

Aedes aegypti to około 4 proc. populacji komarów w Keys (łańcuchu tropikalnych wysp na południowym krańcu Florydy), ale jest odpowiedzialny za praktycznie wszystkie choroby przenoszone przez komary na ludzi w tym regionie. Naukowcy i technicy, pracujący nad projektem, wypuścili bioinżynieryjnego samca *Aedes aegypti*, aby kojarzył się z dziką populacją żeńską, odpowiedzialną za ukąszenia i przenoszenie chorób. Samce poddane inżynierii genetycznej posiadają gen, który jest przekazywany ich potomstwu i zabija we wczesnych stadiach larwalnych potomstwo płci żeńskiej. Potomstwo płci męskiej nie umrze, ale stanie się nosicielem genu i przekaże go przyszłym pokoleniom. W miarę umierania większej liczby samic populacja *Aedes aegypti* będzie się zmniejszać. Takie działania to alternatywa dla insektycydów, które w Stanach Zjednoczonych są wykorzystywane do zwalczania populacji owadów dość intensywnie, co doprowadziło już do ewolucji komarów odpornych na środki owadobójcze. ■

Źródło: nature.com

Genetyczne skutki promieniowania w Czarnobylu



Lalka w opuszczonym mieście Prypeć, zwanym miastem duchów, 29 km od Czarnobyla

W dwóch przełomowych badaniach wykorzystano najnowocześniejsze narzędzia genomiczne, aby zbadać potencjalne skutki zdrowotne narażenia na promieniowanie jonizujące po wybuchu z 1986 r. w elektrowni jądrowej w Czarnobylu na północy Ukrainy.

Niemal 35 lat po tej katastrofie badacze z międzynarodowych zespołów pod kierownictwem naukowców z National Cancer Institute (NCI) i National Institutes of Health (NIH) opublikowali w czasopiśmie „Science” wyniki swoich analiz.

– W ostatnich latach postęp w technologii sekwencjonowania DNA umożliwił nam podjęcie niektórych ważnych pytań, częściowo poprzez kompleksowe analizy genomiczne przeprowadzone w ramach dobrze zaprojektowanych badań epidemiologicznych – powiedział Stephen J. Chanock, dyrektor NCI's Division of Cancer Epidemiology and Genetics (DCEG).

W pierwszym badaniu skupiono się na znalezieniu odpowiedzi, czy narażenie na promieniowanie powoduje zmiany genetyczne, które mogą być przenoszone z rodzica na potomstwo. Aby na nie odpowiedzieć, dr Chanock i jego zespół

przeanalizowali pełne genomy 130 osób urodzonych w latach 1987-2002 oraz 105 par matka-ojciec. Jedno lub oboje rodziców było pracownikami, którzy pomagali sprzątać po wypadku lub mieszkali w pobliżu miejsca katastrofy. Każdego z rodziców oceniano pod kątem długotrwałego narażenia na promieniowanie jonizujące, do którego mogło dojść np. w wyniku spożycia skażonego mleka (od krów pasących się na pastwiskach skażonych opadem radioaktywnym). Naukowcy przeanalizowali też genomy dorosłych dzieci pod kątem wzrostu określonego typu odziedziczonej zmiany genetycznej znanej jako mutacje *de novo*, które pojawiają się losowo w ludzkich gametach (plemnikach i komórkach jajowych) i mogą być przenoszone na potomstwo, ale nie są obserwowane u rodziców.

Ustalenia badaczy wskazały, że narażenie na promieniowanie jonizujące miało minimalny, jeśli w ogóle, wpływ na zdrowie kolejnego pokolenia. – Uważamy te wyniki za bardzo uspokajające dla osób, które mieszkały w Fukushima w czasie wybuchu w 2011 r. Wiadomo, że dawki promieniowania w Japonii były niższe niż te zarejestrowane w Czarnobylu – poinformował dr Chanock.

W drugim badaniu naukowcy wykorzystali sekwencjonowanie nowej generacji do profilowania zmian genetycznych w raku tarczycy, które rozwinęły się u 359 osób narażonych w dzieciństwie lub w okresie życia płodowego na promieniowanie jonizujące w Czarnobylu oraz 81 osób urodzonych ponad dziewięć miesięcy po eksplozji (ryzyko wystąpienia raka tarczycy to jeden z najważniejszych skutków zdrowotnych obserwowanych po tamtym wypadku). Energia promieniowania jonizującego rozrywa wiązania chemiczne w DNA, powodując szereg uszkodzeń. Stwierdzono, że związek między pęknięciami podwójnej nici DNA a narażeniem na promieniowanie był silniejszy w przypadku dzieci poddanych ekspozycji w młodszy wiek. Zidentyfikowali też czynniki sprzyjające tworzeniu się ponad 95 proc. guzów. Prawie wszystkie dotyczyły genów w tym samym szlaku sygnałowym, zwanym szlakiem kinazy białkowej aktywowanej mitogenami (MAPK), w tym genów BRAF, RAS i RET.

Naukowcy zaobserwowali też zmianę w rozmieszczeniu typów mutacji w genach. Wyniki sugerują, że pęknięcia dwuniciowego DNA mogą być wczesną zmianą genetyczną w następstwie narażenia na promieniowanie w środowisku, które umożliwia rozwój raka tarczycy. – Ekscytującym aspektem tych badań była możliwość połączenia cech genomowych guza z informacjami o dawce promieniowania, czyli czynnika ryzyka, który potencjalnie był przyczyną raka – skomentował dr Lindsay M. Morton, zastępca szefa Oddziału Epidemiologii Radiacyjnej w DCEG, który kierował badaniem. Przeprowadzenie tego badania było możliwe dzięki utworzeniu około dwie dekady temu banku tkanek w Czarnobylu. – To pierwszy raz, kiedy nasza grupa przeprowadziła badania molekularne przy użyciu bioprobek zebranych przez naszych kolegów z Ukrainy – skomentował dr Morton. ■

Źródło: sciencedaily.com

Promienie X

W wywiadzie „Badania trafione w punkt”, opublikowanym w numerze 03/2021 „Gazety Lekarskiej”, w części opisującej odkrycie promieni X, chodziło oczywiście o daty odnoszące się do XIX w., a nie XX w. Za pomyłkę najmocniej przepraszamy.

Wstrzyknięcie wrażliwych na światło białek przywraca wzrok

Po 40 latach ślepoty 58-letni mężczyzna może ponownie widzieć obrazy i poruszające się obiekty dzięki wstrzyknięciu do siatkówki światłoczułych białek.

Badanie, opublikowane 24 maja w „Nature Medicine”, jest pierwszym udanym klinicznym zastosowaniem techniki zwanej optogenetyką, która wykorzystuje błyski światła do kontrolowania ekspresji genów i aktywowania neuronów. Technika ta jest szeroko stosowana w laboratoriach do badania obwodów nerwowych i testowana pod kątem potencjału leczenia bólu, ślepoty i zaburzeń mózgu.

Eksperyment obejmuje osoby z barwnikowym zwyrodnieniem siatkówki (RP) – chorobą zwyrodnieniową, która zabija

komórki fotoreceptorowe oka, będące pierwszym aktem na ścieżce widzenia. W zdrowej siatkówce fotoreceptory wykrywają światło i wysyłają sygnały elektryczne do komórek zwojowych siatkówki (RGC), które następnie przekazują sygnał do mózgu.

Naukowcy wstrzyknęli wirusa do oka mężczyzny z RP i zanim zbadali jego wzrok, czekali cztery miesiące, aż RGC zaczęły wytwarzać białka. Okulista José-Alain Sahel z University of Pittsburgh Medical Center w Pensylwanii, który kierował badaniami, mówi, że jednym z wyzwani była regulacja ilości i rodzaju światła wpadającego do oka, ponieważ zdrowa siatkówka wykorzystuje różne

komórki i światło – wrażliwe białka, aby widzieć szeroki zakres. – Żadne białko nie jest w stanie odtworzyć tego, co potrafi system – zauważył. Dlatego naukowcy opracowali zestaw gogli, które rejestrują obrazy wokół człowieka i optymalizują pod kątem wykrywania przez białka.

Neurobiolog Karl Deisseroth z Uniwersytetu Stanforda w Kalifornii, który współtworzył optogenetykę jako technikę laboratoryjną, uważa, że badanie to jest niezwykle ważne, gdyż jego efekty po raz pierwszy zostały wykazane na ludziach. Podkreśla jednocześnie, że optogenetyka będzie najbardziej użyteczna jako narzędzie badawcze, które prowadzi do terapii, nie zaś jako sama terapia. ■

Źródło: nature.com

REKLAMA

Pół królestwa i księżniczka

W baśniach – nie tylko polskich, ale i europejskich – tkwi głęboko zakorzeniony mit wędrowki w poszukiwaniu lepszego życia.



Joanna Sokołowska pediatra, felietonista

Często przybiera on formę opowieści o trzech braciach, którzy idą w świat, by zdobyć pół królestwa w zestawie z księżniczką lub choćby jakiś artefakt – na przykład taką „wodę życia”.

Starsi bracia – zaradni, przebojowi, obdarzeni przez naturę nie tylko inteligencją, sprytem, ale i dodatkowymi uzdolnieniami – wyruszają z domu z ojcowskim błogosławieństwem. Za nimi, lekceważony przez rodzinę i znajomych, podąża brat trzeci – najmłodszy. Na drogę dostaje tylko niezbyt pochlebny przydomek, świadczący o tym, że poza dobrym sercem i uczciwością nie został wyposażony w żadne inne – zwłaszcza intelektualne – przymioty.

I przemierzają Europę wzdłuż i wszerz – Hans Dumm z niemieckich baśni braci Grimm, Rosjanin Wania Durak na swoim koniku Garbusku i norweski Espen Askeladden, oderwany od miłego, choć niezbyt twórczego grzebania w popielniku. Wraz z nimi wędruje nasz pocziwy Głupi Jaś. W konfrontacji z obcymi światami, nieznanymi siłami i piętrzącymi się przeciwnościami losu, dobre serce i empatia najmłodszego, jego przywiązanie do rodziny i wartości podstawowych, wygrywają z cwaniactwem i przebojowością starszych braci. Główna nagroda trafia w efekcie do takiego – jak się okazuje całkiem niegłupiego – Jasia. Tak to przynajmniej bywa w bajkach...

Życie pisze nieco inne scenariusze, czasem obsadzając nas w rolach głównych, często w charakterze antybohaterów takich jak archetypiczny Głupi Jaś.

Stało się tak na przykład, gdy pewna postanka na wieść o tym, że kolejne pokolenie lekarzy szykuje się do odlotu w dalekie (lub całkiem nieodległe) kraje, krzyknęła z ław sejmowych: „Niech jadą!”. Swym okrzykiem parlamentarzystka zapisała się na stałe w annałach historii dialogu polskich medyków z politykami – relacji dość nieudolnej, czasem śmiesznej, częściej strasznej. Na szczęście – czy może właśnie na nieszczęście – obie strony nie traktują się zbyt poważnie. Środowisko lekarskie, zahartowane w stawaniu w szranki z takimi, którzy chcą obuć łapiduchów w żołnierskie kamasze czy zinwentaryzować zawartość doktorskich garaży, zgodnie z przyjętą tradycją, wyraziło swoje oburzenie i czym prędzej powróciło do obowiązków pełnionych w mniej lub bardziej wysuniętych placówkach ochrony zdrowia. Pewnie ktoś tam pospieszył na poszukiwanie swojej „wody życia”, być może nadal gdzieś się

błąka... Śmiała eksklamacja postanki, prócz krótkotrwałej dyskusji i chwilowego absmaku, nie spowodowała – na szczęście – pospolitego ruszenia nadwiślańskich medyków.

Nie minęło wiele – zupełnie jak to w bajkach bywa – gdy wołając: „Wyjadą!”, odpowiedział postance pewien lekarz, w dobie pandemii COVID-19, wykreowany przez media na przedstawiciela środowiska. I wyskakuje teraz ten lekarski trybun, jak dżin z butelki, w różnych miejscach medialnego interioru, wieszcząc gwałtowne wzmożenie medycznej emigracji – do innych krain i do innych zawodów. „Wyjedziemy!” – woła raz po raz – „Wyjedziemy zaraz, gdy tylko uporamy się z szalejącą zarazą!”. Koledzy po fachu – być może właśnie z zarazą walczący – ani nie potwierdzają, ani nie przeczą. Decydenci do problemu podchodzą z tradycyjnym lekceważeniem. Reszta, pochłonięta wyszukiwaniem terminów szczepień, stara się nie myśleć o tym, że lekarska pomoc, choćby bardzo się tego nie chciało, czasem staje się niezbędną.

O ile podżeganie do opuszczenia tonącego okrętu polskiej opieki zdrowotnej, skierowane do medyków z ust posta, świadczy jedynie o braku politycznych kompetencji tego ostatniego, to pogroźki desantu padające z ust lekarza wydają się znacznie bardziej szkodliwe – chwieją bowiem i tak nadwyrężoną wiarą w lekarską etykę i odbierają resztki nadziei, potrzebnej jak haust świeżego powietrza tonącemu i skazanym na polski system opieki zdrowotnej chorym.

Jest nas, lekarzy, wciąż mało, a praca z roku na rok staje się coraz trudniejsza. Zła organizacja, niedofinansowanie i nieodpowiedzialne decyzje kierujących resortem zdrowia skutkują coraz większymi różnicami w jakości porad, diagnostyki i leczenia pomiędzy ośrodkami klinicznymi i niewielkimi miejscowościami. Pokazała to dobitnie aktualna pandemia, której obosiecznym mieczem stały się nieleczone lub źle leczone „choroby współistniejące”.

Mówmy więc, proszę: „Nie wyjedziemy!”. Mówmy to tym, którzy nas potrzebują. To oni i ich dolegliwości są w soczewce naszych zawodowych zainteresowań. Lekarskie „pół królestwa i księżniczka” to nic innego, jak zdrowie, a czasem wręcz życie naszych pacjentów. Warto o nie walczyć, nawet jeśli księżniczka ma lekką nadwagę i ewidentną wadę zgryzu, a królestwo wydaje się „krajem w ruinie”. Nawet, jeśli ktoś odważy się przypiąć nam łatkę Głupiego Jasia... ■

WPIGUŁCE

Spadek zakażeń

Po trudnych kilkunastu ostatnich tygodniach pandemia COVID-19 nieco odpuszcza. O ile pod koniec kwietnia dzienne światowe przyrosty zakażeń wirusem SARS-CoV-2 dochodziły do 900 tys., o tyle pod koniec maja zdecydowanie spadły.

Spore wzrosty infekcji nadal występują w kilkudziesięciu krajach, w tym przede wszystkim w Azji Południowej i Południowo-Wschodniej oraz Ameryce Południowej. Dużo spokojniej jest m.in. w USA, Kanadzie czy Australii, a także w większości europejskich krajów.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 24 maja br. potwierdzono w sumie ok. 167,5 mln zakażeń wirusem. W maju przybyło kilkanaście milionów zakażonych. W dalszym ciągu liderem pod względem osób z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 jest USA (33,9 mln, przyrost o ok. 1 mln w maju). Na drugim miejscu są Indie z liczbą blisko 27 mln (wzrost o ponad 10 mln zakażeń w ostatnich tygodniach), a na trzecim – Brazylia (16 mln). Krajem, w którym dotychczas odnotowano najwięcej zgonów z powodu COVID-19, pozostaje USA (ok. 604 tys.). Drugie miejsce zajmuje Brazylia (450 tys.), a trzecie – Indie (ponad 300 tys.). W Polsce do 24 maja potwierdzono łącznie ponad 2,8 mln zakażeń koronawirusem. Ponad 70 tys. osób zmarło.

W Indiach, które jeszcze niedawno przeżywały ogromny przyrost zakażeń w związku z nadejściem drugiej fali pandemii, sytuacja nieco się poprawiła, choć i tak do zażegnania kryzysu jest jeszcze daleko. Na początku maja notowano tam nawet 450 tys. zakażeń dziennie, a pod koniec miesiąca liczba ta spadła poniżej 250 tys. Niestety w Indiach utrzymuje się duża liczba zgonów spowodowanych COVID-19, a eksperci podkreślają, że rzeczywista liczba ofiar COVID-19 jest jeszcze większa. Wśród nich jest wielu medyków. Według danych gromadzonych przez Indian Medical Association, na froncie walki z koronawirusem zmarło co najmniej 1200 lekarzy, w tym wielu z powodu braku wolnego łóżka w szpitalu czy możliwości podłączenia do tlenu.



Pacjenci z COVID-19 oczekujący na przyjęcie do szpitala (22 kwietnia, Kalkuta, Indie)

Trudne chwile przeżywają także m.in. mieszkańcy Kolumbii, Paragwaju, Argentyny, Boliwii, Tajwanu, Wietnamu, Sri Lanki, Malezji, a także Malediwów. Wirus przebudził się także w Japonii – kraju, w którym pod koniec lipca mają odbyć się igrzyska olimpijskie. Japońscy lekarze apelują, by ta największa na świecie impreza sportowa została odwołana, także w zdecydowanej większości tamtejsza opinia publiczna jest tego zdania. Z kolei organizatorzy igrzysk zapewniają, że IO odbędą się z zachowaniem procedur bezpieczeństwa sanitarnego i przypominają, że nie będą mogli uczestniczyć w nich kibice z zagranicy.

Całkowita liczba zgonów z powodu COVID-19 przekroczyła pod koniec maja 3,5 mln na całym świecie, jednak według analizy Instytutu Metryki i Oceny Zdrowia (IHME), działającego przy Szkole Medycznej Uniwersytetu Waszyngtońskiego, może ich być nawet ponad dwa razy więcej niż wynika z oficjalnych danych. Instytut wykazał, że w niemal każdym z państw liczba zgonów jest znacznie niedoszacowana, ponieważ wiele z nich nie jest zgłaszanych w oficjalnych raportach krajowych – dzieje się tak dlatego,

że w wielu państwach ujmuje się w statystyki wyłącznie zgony mające miejsce w szpitalu lub wśród pacjentów z potwierdzonym zakażeniem.

W opanowaniu pandemii mają pomóc szczepienia – do 24 maja co najmniej jedną dawką zaszczepiono ok. 10 proc. światowej populacji (dane: Our World in Data, statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego). W pełni zaszczepieni są już wszyscy mieszkańcy Gibraltaru, prawie 60 proc. Izraelczyków, ok. 40 proc. Maltańczyków, Chilijczyków i obywateli USA, a także m.in. ok. 1/3 Brytyjczyków, Węgrów i Serbów. W Unii Europejskiej trwają prace nad przyjęciem rozporządzenia regulującego unijne cyfrowe zaświadczenie COVID-19 (wcześniej zwane zielonym zaświadczeniem cyfrowym), które będzie odnosiło się do informacji o szczepieniu przeciw COVID-19, uzyskaniu ujemnego wyniku testu i powrocie do zdrowia. Ma ono ułatwić obywatelom UE przemieszczanie się pomiędzy państwami wspólnoty w czasie pandemii. ■

Źródła: WWW.WORLDDOMETERS.INFO, BBC, WWW.OURWORLDINDATA.ORG, REUTERS, KE POLSKA, IMA, IMHE, PAP

Rewizja kodeksu etyki

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (World Medical Association) opublikowało propozycję rewizji Międzynarodowego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Prace nad tym dokumentem trwały kilka lat.

Kodeks przyjęto w 1949 r. i od tamtego czasu był on trzy razy zmieniany, po raz ostatni w 2006 r. W obecnej propozycji rewizji tego dokumentu znalazły się m.in. kwestie związane z potencjalnymi konfliktami interesów lekarzy, reklamą, telemedycyną, a także nierównościami w zdrowiu (lekarze powinni wspierać świadczenie opieki zdrowotnej w sposób

sprawiedliwy) i łamaniem praw pacjentów oraz pracowników ochrony zdrowia.

Proponowany projekt odnosi się również do obowiązku lekarza w kwestii zapewnienia ciągłości opieki pacjentowi w przypadku, gdy lekarz nie może jej kontynuować ze względu na sprzeciw sumienia, ale ta kwestia ma być omawiana bardziej szczegółowo na specjalnym posiedzeniu WMA, które ma odbyć się pod koniec tego roku lub na początku 2022 r. ■

Źródło: WMA

Niemal milion Portugalczyków bez lekarza rodzinnego

Już 900 tys. osób jest zarejestrowanych w publicznym systemie ochrony zdrowia Portugalii (Serviço Nacional de Saúde, SNS) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej bez przypisanego im lekarza rodzinnego. Minister Zdrowia tego kraju Marta Temido zapewnia, że rząd będzie pracował nad odwróceniem tego trendu.

Problem z dostępem do lekarza rodzinnego wynika m.in. z obciążenia systemu opieki zdrowotnej spowodowanego pandemią COVID-19. W ciągu pierwszych czterech miesięcy br. liczba konsultacji lekarskich w ramach POZ wzrosła o ok. 24 proc. w porównaniu

do analogicznego okresu w 2020 r. Nastąpiło też ożywienie w zakresie wizyt dotyczących badań przesiewowych w kierunku wykrycia chorób nowotworowych.

Ponadto tylko w tym roku do POZ zapisało się ok. 60 tys. nowych pacjentów (m.in. ze względu na możliwość szczepienia się przeciwko COVID-19). Jednocześnie w ostatnim czasie wielu specjalistów medycyny rodzinnej zdecydowało się przejść na emeryturę – od początku roku z systemu odeszło ponad 100 specjalistów. ■

Źródło: „The Portugal News”

Lepsza płaca za pracę na prowincji

Rząd Australii chce bardziej wspierać finansowo lekarzy pierwszego kontaktu (GP), świadczących usługi w ramach publicznej ochrony zdrowia, którzy pracują na obszarach wiejskich. Lekarze będą mogli otrzymać nawet 50 tys. dol. ekstra na prowadzenie praktyki w odległych, słabo zaludnionych regionach Australii.

Obecnie funkcjonują finansowe zachęty dla lekarzy pierwszego kontaktu, ale nie są one uzależniane od lokalizacji praktyki lekarskiej. Od 2022 r. ma się to zmienić. Wysokość dodatkowego wsparcia ma być uzależniona od miejsca praktyki.

I tak, dodatek do każdej konsultacji lekarza GP w średniej wielkości mieście wynosić będzie 10,4 dol. za konsultację, a w najbardziej odludnych miejscach – nawet 12,35 dol. Rząd argumentuje, że prowadzenie praktyki lekarskiej w miejscach odległych od dużych miast jest bardziej kosztowne, a środowisko pracy trudniejsze.

Źródło: ABC NEWS, WWW.HEALTH.GOV.AU



Europejski atlas demografii

Uruchomiono interaktywne narzędzie internetowe do wizualizacji, monitorowania i przewidywania zmian demograficznych w Unii Europejskiej, czyli tzw. atlas demografii. Autorem projektu jest Wspólne Centrum Badawcze (JRC), zaplecze badawczo-naukowe Komisji Europejskiej.

– Atlas demografii pozwoli nam lepiej zrozumieć, jak zachodzą zmiany demograficzne. To innowacyjne narzędzie pomoże nam dopilnować, by polityka

UE była lepiej dopasowana do potrzeb naszych obywateli, tak aby nikt nie poczuł się pominięty. Atlas będzie wspierał wszystkie nasze inicjatywy za pomocą aktualnych, rzetelnych i porównywalnych danych demograficznych – poinformowała wiceprzewodnicząca Komisji Europejskiej do spraw demokracji i demografii Dubravka Šuica.

Atlas jest publicznie dostępny. Zapewnia szybki i łatwy dostęp do kompleksowego zbioru danych zgromadzonych na

różnych poziomach: unijnym, krajowym, regionalnym oraz lokalnym. Zawiera oficjalne statystyki i prognozy Eurostatu, nowe dane w wysokiej rozdzielczości przestrzennej opracowane przez JRC, a także przykłady tematyczne, które łączą tendencje demograficzne z konkretnymi obszarami polityki. W przyszłości atlas ma zbierać także informacje na temat uwarunkowań demograficznych, takich jak płodność, śmiertelność i migracja netto, a także najnowsze prognozy Eurostatu wychodzące poza UE. ■

Źródło: KE

EMIGRACJE POLSKICH LEKARZY

Mamy czas dla chorych i na własne życie



Jak wygląda praca lekarza w Szwecji i jak działa tamtejszy system opieki zdrowotnej? Z Mateuszem Rybickim, specjalistą medycyny rodzinnej z Gdańska, na stałe praktykującym w Szwecji, rozmawia Lidia Sulikowska.

Dlaczego zdecydował się pan opuścić Polskę?

Powód mojego wyjazdu był banalny. Po zakończeniu stażu podyplomowego starałem się o rezydenturę z medycyny rodzinnej w woj. pomorskim, niestety bez powodzenia. Chciałem robić to, co kocham, więc postanowiłem poszukać swojej szansy poza granicami Polski. Wybór padł na Szwecję, bo ten kraj miałem już okazję poznać bliżej jeszcze w czasach szkolnych. Nauczyłem się wtedy języka szwedzkiego. Wbrew pozorom, jest on bardzo prosty.

W Szwecji nie było problemów z dostaniem się na wymarzoną specjalizację?

System kształcenia specjalizacyjnego wygląda tu inaczej. Nie ma procesu rekrutacyjnego na rezydenturę

Pracodawcy chętnie dopłacają do pensji podstawowej rezydenta, by zatrzymać go właśnie u siebie.

sterowanego centralnie, z ogólnym przyznawaniem miejsc specjalizacyjnych w zależności od punktów zdobytych podczas egzaminu. Tutaj można rozpocząć szkolenie w każdym momencie – placówki medyczne ogłaszają nabór przez cały rok, a chętni aplikują bezpośrednio do nich. Wygląda to tak, jak w przypadku ubiegania się o pracę. Nie ma limitów określanych przez resort zdrowia – to ośrodki medyczne decydują, ile otworzą etatów rezydentkich na daną specjalizację

W Szwecji mieszka nieco ponad 10 mln ludzi. Średnia, szacowana długość życia mieszkańca tego kraju wynosi prawie 83 lata. Wydatki na ochronę zdrowia oscylują w granicach 11 proc. PKB (ponad 9 proc. stanowią środki publiczne). Liczba praktykujących lekarzy wynosi 4,3/1000 mieszkańców, a pielęgniarek – 10,9/1000. Średnio w ciągu roku lekarz udziela 650 konsultacji (najmniej w Unii Europejskiej, najwięcej porad – ok. 3200 – udzielają polscy lekarze, średnia unijna wynosi ok. 2000). Szwecja jest krajem posiadającym niewiele łóżek szpitalnych (2,1/1000 mieszkańców, średnia UE: 5/1000).

Dane: „Health at Glance. Europe 2020”, OECD

i same poszukują chętnych, np. publikując ogłoszenia. Oczywiście na jedne specjalizacje jest trudniej się dostać, na inne łatwiej, ale generalnie problemu nie ma. Placówki w większych miastach są nieco bardziej oblegane niż te na prowincji.

Ośrodki prowadzące szkolenia specjalizacyjne otrzymują środki z budżetu państwa na pensje dla rezydentów, ale nierzadko zdarza się, że specjalizant otrzymuje wynagrodzenie wyższe od gwarantowanego. W Szwecji brakuje lekarskich rąk do pracy i placówki medyczne chętnie rekrutują młodych, bo wiedzą, że to dla nich szansa, że taki lekarz po ukończeniu specjalizacji to potencjalny pracownik na dłużej. Pracodawcy chętnie dopłacają do pensji podstawowej rezydenta, by zatrzymać go właśnie u siebie.

Braki kadrowe są problemem?

Zdecydowanie tak. Co prawda jest tutaj spora liczba lekarzy, ale pracują maksymalnie na jeden etat, a większość tak naprawdę jeszcze mniej. Nie ma potrzeby pracować więcej, bo zarobki i tak są bardzo satysfakcjonujące.

Ktoś jednak musi obsadzić dyżury w szpitalach i przychodniach.

Tak, ale to nie jest problem lekarza, tylko jego pracodawcy. Nikogo nie można przymusić, by brał nadgodziny. Zresztą, taka sytuacja jest bardzo korzystna dla lekarzy, bo jeśli chętnych do dodatkowej pracy jest niewielu, to jest ona wynagradzana na wysokim poziomie.

Szwedzkie społeczeństwo bardzo ceni życie pozazawodowe. Zachowanie równowagi między pracą a życiem prywatnym jest tutaj ważną wartością.

Lekarze nie są wyjątkiem. Cenią swój czas wolny, a w pracy rozsądne nią obciążenie. Oczywiście szwedzki system ochrony zdrowia jest lepiej finansowany niż ten w Polsce, więc pewnie łatwiej im wyegzekwować lepsze warunki zatrudnienia. Specjalista na etacie z kilkuletnim stażem miesięcznie zarobi tutaj średnio 70-90 tys. koron brutto (30-40 tys. zł), a koszty życia nie są znowu tak wysokie, jakby się mogło wydawać. Generalnie porównanie poziomu

wynagrodzenia do kosztów życia wypada o wiele lepiej niż w Polsce.

Szwecja jest otwarta na lekarzy z innych krajów?

Zdecydowanie tak. Co czwarty praktykujący w tym kraju lekarz to imigrant, a Polacy stanowią jedną z największych grup. Moi rodacy – szczególnie ci z kilkunastoletnim stażem, są tutaj bardzo cenieni zarówno przez swoich współpracowników, jak i pacjentów. Co ciekawe, kiedyś przyjeżdżały tutaj głównie osoby z dużym doświadczeniem zawodowym, teraz coraz częściej są to młodzi ludzie – tuż po ukończeniu stażu podyplomowego.

Co się panu najbardziej podoba w szwedzkim systemie ochrony zdrowia?

Możliwość zachowania balansu pomiędzy pracą a życiem prywatnym oraz sama kultura pracy. Mamy sporo czasu dla pacjenta, ja przyjmuję dziennie średnio 10 osób. Wizyta trwa 20-40 minut. Nie jesteśmy też za bardzo obciążeni pracą administracyjną. Po wyjściu pacjenta z gabinetu nagrywamy nasze obserwacje na dyktafon, a sekretarka medyczna wpisuje je później do karty medycznej chorego. Sporo czasu poświęcamy na omawianie w gronie współpracowników trudniejszych przypadków medycznych. Otwarcie rozmawiamy o napotykanym problemach i chętnie konsultujemy się z innymi lekarzami oraz – w ramach ich kompetencji – z pielęgniarkami i fizjoterapeutami.

Co ciekawe, w Szwecji zdecydowana większość placówek – czy to państwowych, czy prywatnych – udziela usług finansowanych ze środków publicznych. Pacjent za wizytę wnoszący każdorazowo symboliczną opłatę w wysokości 150-200 koron, zależnie od regionu (ok. 66-88 zł). Praktyki prywatne, w których pacjent pokrywa całość kosztu wizyty – tak, jak ma to miejsce w Polsce – w ogóle tutaj nie funkcjonują.

Ważne jest też chyba funkcjonowanie systemu no-fault.

To prawda. Jeśli coś pójdzie nie tak, nie ma szukania winnego, tylko analizowany jest problem i wyciągane są wnioski – placówka musi wprowadzić takie działania, które zminimalizują wystąpienie podobnego błędu w przyszłości. Lekarz nie jest pociągany do odpowiedzialności za spowodowanie nieumyślnego błędu w ramach wykonywanych obowiązków. Publikowane są też raporty opisujące konkretne zdarzenia, ale zanonimizowane. Dzięki nim wszyscy uczymy się i wyciągamy wnioski. Takie rozwiązanie to ogromne wsparcie dla lekarza, dające odciążenie psychiczne i duży komfort pracy. Nie ma strachu przed zgłaszaniem wystąpienia zdarzeń niepożądanych, bo nie ma piętnowania lekarza. Odnotowywanie takich przypadków ma służyć doskonaleniu systemu pracy i uniknięciu ich w przyszłości. Z wielkim smutkiem patrzę na moich kolegów i koleżanki w Polsce, którzy nie mają takiego komfortu w pracy.

Co czwarty praktykujący w tym kraju lekarz to imigrant, a Polacy stanowią jedną z największych grup.



Charakterystyczne szwedzkie, czerwone, drewniane domy, Karlskrona.

A co z pacjentem? Czy otrzyma rekompensatę za uszczerbek na zdrowiu?

Jest system odszkodowawczy organizowany i finansowany przez państwo, który pokrywa takie zobowiązania.

Jakie są największe problemy tutejszej ochrony zdrowia?

Jak w każdym kraju, w Szwecji też narzeka się na niedofinansowanie usług zdrowotnych, kolejki do specjalistów i na badania diagnostyczne, ale pozytywne jest to, że pacjenci nie obwiniają za to lekarzy. Mają świadomość, że te problemy muszą rozwiązywać organizatorzy systemu i to ich winią za to, że coś funkcjonuje nie tak, jak należy. Lekarze jako grupa zawodowa są cenieni przez społeczeństwo. Do nas pacjenci nie mają pretensji, gdy system im czegoś nie zapewnia. Inna sprawa, że obywatel Szwecji nie musi czekać aż tak długo na świadczenia medyczne, jak np. w Polsce. Maksymalnie są to

trzy miesiące i jest to prawnie zagwarantowane. Oczywiście w czasie pandemii kolejki nieco się wydłużyły, ale Szwedzi rozumieją tę sytuację.

Jak lekarzom udało się wypracować tak dobry wizerunek?

Jeśli jakiś element systemu nie funkcjonuje, to wyrażnie podkreślamy, że nie można mieć o to pretensji do nas, bo to nie my odpowiadamy za wadliwe działanie systemu. Poza tym na wizytę z pacjentem możemy poświęcić naprawdę dużo czasu, więc chory czuje, że lekarz chce i może mu pomóc. To wzbudza duże zaufanie do lekarza i buduje dobrą relację.

Szwedzi dbają o swoje zdrowie?

Bardzo. Są aktywni fizycznie, zwracają uwagę na to, co jedzą i mają dużą wiedzę na temat podstawowych zagadnień dotyczących zdrowia. Ważną rolę w podnoszeniu tej świadomości odgrywają pielęgniarki, które mają duże

Nie ma strachu przed zgłaszaniem wystąpienia zdarzeń niepożądanych, bo nie ma piętnowania lekarza. Odnotowywanie takich przypadków ma służyć doskonaleniu systemu pracy i uniknięciu ich w przyszłości.

uprawnienia. Mogą m.in. ordynować pacjentom podstawowe leki, poza tym uczestniczą razem z lekarzem w podejmowaniu niektórych decyzji terapeutycznych. To one są pierwszym kontaktem z chorym i decydują, czy potrzebna jest wizyta lekarska, czy może same są w stanie pomóc pacjentowi. Mamy też wyspecjalizowane pielęgniarki, które np. samodzielnie wykonują gastroskopię.

Czy lekarze nie mają poczucia, że pielęgniarki wchodzą w ich kompetencje?

Nie, z prostego powodu – to są dość proste zadania. Po co lekarz ma tracić czas na ich realizację? Lepiej poświęcić ten czas pacjentowi, który wymaga lekarskiej konsultacji specjalistycznej.

Polskie Ministerstwo Zdrowia ubolewa nad tym, że wielu polskich lekarzy – uprzednio wykształconych za pieniądze z budżetu państwa – emigruje zasilać kadry innego kraju.

Lekarze nie wyjeżdżaliby, gdyby mieli satysfakcjonujące warunki rozwoju i pracy w kraju. Praktykowanie zawodu w Polsce jest ciągłą walką – o lepsze wynagrodzenie, godne warunki pracy i możliwość leczenia pacjenta zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Polski lekarz jest przeciążony pracą, a dodatkowo zestresowany, że za nieumyślnie popełniony błąd może grozić mu proces karny. A kiedy człowiek jest przemęczony, łatwo błąd popełnić. Trudno się dziwić, że wielu gotowych jest zrezygnować z takiej pracy i znaleźć dla siebie lepsze miejsce na ziemi. ■

Mateusz Rybicki pracuje w Szwecji kilka lat. Niedawno ukończył specjalizację z medycyny rodzinnej. Praktykuje w przychodni zlokalizowanej w niewielkiej miejscowości niedaleko Karlskrony. Jest autorem facebookowej grupy „Lekarz w Szwecji” oraz podcastów dostępnych na stronie www.lekarzwszwecji.pl.

Prośbą i groźbą



Sławomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Kiedy piszę ten felieton, tak jak u progu lata ubiegłego roku, „wirus jest w odwrocie”. Wprawdzie tym razem premier nie użył tego zwrotu, ale czyni mówią same za siebie.

Znów możemy korzystać z hoteli, otwierane się restauracje, wznowia działalność branża fitness. Ba, pozwolono nam nawet zdjąć maseczki na świeżym powietrzu! Czy to tylko radosne igrzyska, czy też wymarzony trwały powrót do normalności?

Oczywiście nikt nie zna precyzyjnej odpowiedzi na to pytanie. Doświadczenia z drugą i trzecią falą pandemii każą powściągnąć optymizm i jednocześnie już teraz przygotować plan na kolejne uderzenie koronawirusa, które oby nigdy nie nadeszło lub przynajmniej było znacznie słabsze niż ubiegłej wiosny i jesieni. Jak na razie jednak o takich przygotowaniach nic u nas nie słychać. Zupełnie tak, jak byśmy tkwili mentalnie w pierwszej fali pandemii, którą z nie do końca jasnych przyczyn udało nam się przejść suchą stopą. Oprócz nieprzysięgania przez sprawujących władzę wagi do problematyki ochrony zdrowia, wytłumaczenie może być tylko jedno: wiara w sferach rządowych w ochronne działanie szczepionek.

Już wiemy, że podawane przez producentów dane mówiące o bardzo wysokiej skuteczności szczepionek znalazły potwierdzenie w praktyce. Sam mogę tu dorzucić trzy grosze. Na oddziale, na którym pracuję (duża, wielospecjalistyczna interna), w ubiegłym roku zakażenie koronawirusem stwierdzono u około 90 proc. lekarzy i pielęgniarek. Na szczęście przebieg infekcji był na ogół łagodny. Prowadząc przez ponad cztery miesiące oddział covidowy, mogliśmy się natomiast naocznie przekonać, co to znaczy chorować ciężko, i co to znaczy umrzeć na COVID-19. I właśnie tutaj upatrywałbym tak mocnego odzewu na szczepienia. W naszym lekarsko-pielęgniarskim zespole nie zaszczepiła się tylko jedna pielęgniarka. Nikt spośród zaszczepionych nie zachorował. Choroba dotknęła za to w kwietniu wspomnianą pielęgniarkę... Problem w tym, że wśród tych, którzy koronawirusa „nie widzieli”, chęć zaszczepienia się jest dużo niższa niż na moim oddziale. Jak wynika z większości przeprowadzonych badań, odsetek dorosłych Polaków, którzy chcą się zaszczepić,

oscyluje wokół 50-60 proc. To bardzo niepokojące dane, bo jeśli nie uda się dotrzeć ze szczepionką do zdecydowanej większej części populacji, możemy zapomnieć o odporności stadnej. Poprawić sytuację próbuje się prośbą i groźbą.

Jak wynika z większości przeprowadzonych badań, odsetek dorosłych Polaków, którzy chcą się zaszczepić, oscyluje wokół 50-60 proc. To bardzo niepokojące dane.

Z pierwszej metody korzystają władze, intensywnie zachęcając do szczepień w mediach. Na korzyść działa tu poprawa w dostępie do szczepionek i większa ilość punktów szczepień. Z drugiej strony z każdym dniem maleje liczba tych, którzy deklarowali gotowość skorzystania z uodpornienia, a jeszcze tego nie zrobili. Jak dotrzeć do tych, którzy szczepić się nie chcą? Prof. Anna Piekarska (specjalista chorób zakaźnych) proponowała, by wprowadzić odpłatność za leczenie COVID-19 dla tych, którzy nie chcieli się zaszczepić, choć mogli to zrobić. Prof. Miłosz Parczewski (także zakaźnik) chciałby godziny policyjnej i zakazu przemieszczania się między województwami dla niezaszczepionych. Dr n. med Roman Szełemej (kardiolog i zarazem prezydent Wałbrzycha) przevorsował uchwałę wprowadzającą obowiązek szczepień przeciwko COVID-19 dla wszystkich pełnoletnich mieszkańców i osób pracujących na terenie miasta. Cała trójka musiała zmierzyć się z potężną falą hejtu, a doktor Szełemej potrzebował nawet ochrony policji. Czy naprawdę ktoś sądzi, że wszyscy ci świetnie wykształceni ludzie nie znają Konstytucji i usiłują forsować prawne bzdury? Dla mnie to podejmowane przez świadomych medycznych zagrożeń desperackie próby wywołania dyskusji, która ma nas uchronić przed kolejną katastrofą. Czy to się komuś podoba czy nie, można zdefiniować, co leży w interesie zdrowia populacji, a co je dewastuje. ■

Stuk puk! Enter!



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Zapis kliknięć, które trzeba wykonać w aplikacjach informatycznych, aby odtrąbić sukces szczepienia, jest nie lada wyzwaniem literackim. Warto jednak spróbować, by zawstydzić gwiazdy narodowej elektronizacji i pozostawić historyczny ślad drogi przez mękę.

Załóżmy, że w osiedlowej przychodni wpisy do komputera w punkcie szczepień przeciw COVID-19 wykonuje tylko lekarz – kwalifikując oraz wypełniając e-kartę. Delikwent wcześniej zadbał o zaufany profil w banku oraz wykorzystuje podpis z e-kłuczem, nadanym przez ZUS. Dzięki temu uruchamia „gabinet” i „rejestrację” na rządowym serwerze „gov.pl”. Uznajmy poza tym, że terminy (sloty) są już założone i wypełnione nazwiskami chętnych do przyjęcia szczepienia. W naszej wyliczance nie będzie potrzeby tworzenia skierowań. Wystarczy komputer z dostępem do internetu, fartuch, maseczka oraz wypełniona i czytelnie podpisana, z oznaczeniem godziny, ankieta szczepionego. Data. Minutnik. Autograf. Start.

Na ekranie okno „punktu szczepień”. Najazd: „Przyjmij do realizacji”. Klik. PESEL wpisywany po raz pierwszy. Jedenaście cyfr. „Kod PIN”: 0000. Nie ma zmiłuj – cztery zera, raz po raz. Kliknij gdziekolwiek, aż ukaże się „Wyszukaj”. Kiedy widzisz skierowanie i zieloną chmurkę znalezionej elementu „Przypnij”, czyli wykonaj polecenie, a następnie po dwukrotnym potwierdzeniu: „Zakończ...”. Wróć do strony głównej, klik, aby przejść do „Badania kwalifikującego do szczepienia”. Klik. „Wprowadź dane pacjenta”. PESEL po raz drugi. Jedenaście uderzeń w klawiaturę. Poczekaj na imię i nazwisko oraz adres. Jeśli masz szczęście, uzupełnij kod pocztowy (00-000). W przypadku braku województwa, miasta, ulicy, numeru domu – uzupełnij. Liczba dodatkowych znaków sięga nawet kilkunastu. „Zapisz dane pacjenta”. Potwierdź zmiany! „Tak”. W oknie badania automat zaznaczył „Zakwalifikowany”, więc tylko „Wystaw” i już możesz złożyć podpis elektroniczny, najprościej certyfikatem e-ZUS. Nie na wszystkich komputerach, trzeba każdorazowo wbić hasło. Jeśli jednak trzeba, to stukaj, aż zielona chmurka oświadczy, że badanie zakończyło się sukcesem! Na stronie głównej, klik, czeka pole: „Stwórz nowe

szczepienie”. Najpierw powtórka i dane pacjenta. PESEL. Jedenaście cyfr. Klik. „Wprowadź dane szczepienia”, gdzie przeznaczenie na początku przyjąć warto zapisać szablonem schemat (preparat, seria, lewe ramię, domięśniowo...). Rutynowo dwie chmurki radują zielenią. Klik. „Zapisz szczepienie”. Podpis elektroniczny po raz drugi – wybierz certyfikat. Hasło. Zielono mi. Uff. Znow sukces! Jeszcze tylko dwa potwierdzenia: tak, tak, że obsługa zakończona i można zająć się następnym pacjentem w kolejce.

**Klik. „Zapisz szczepienie”.
Podpis elektroniczny po raz drugi –
wybierz certyfikat. Hasło.
Zielono mi. Uff.**

Za nami minimum sześćdziesiąt znaków razy przykładowo pięćdziesiąt dziennych dawek Janssena. No tak, ale jeśli szczepionka jest jednodawkowa, to znaczy, że ze strony głównej należy wybrać „Wyszukaj wykonane szczepienie”. Klik. PESEL po raz czwarty. „Wyszukaj” zatem. Klik. „Potwierdzenie”. Drukuj, najczęściej w dwóch polach. Zamknij okno druku. Kartka z kodem i kartonik z serią wędrują do zaszczepionego w tym czasie pacjenta. Pożegnanie. Powrót... „Przyjmij do realizacji”.

Składanie ofert jest bardziej złożone. Zostawmy to innym. E-instrukcja sprzed kilku tygodni liczyła 187 stron. Warto jednak zadbać o wypłatę należności. Raport do faktury powstaje po zalogowaniu w „Rejestracji”. Sloty muszą być „Zrealizowane”. Enter. W przypadku pierwszej dawki trzeba ręcznie wyznaczyć drugą, zatwierdzając w okienku i naprzemiennie wybierając daty w kalendarzu. Intuicyjnie... dopóki palce i kręgosłup nie popękają z bólu, a politycy nie wypomną stawki za każdą iniekcję. Klik. ■

HISTORIA I MEDYCyna

Szlak Fontana

„Zdarzyło mi się niegdyś ujrzeć w lesie rano
Dwie drogi; pojechałem tą mniej uczęszczaną –
Reszta wzięła się z tego, że to ją wybrałem”.
Robert Frost, „Road not taken”, tłum. S. Barańczak

Termin „czynnościowo pojedyncza komora” obejmuje grupę wad wrodzonych serca, których wspólną cechą jest brak możliwości chirurgicznej korekcji dwukomorowej. To ok. 7–8 proc. wszystkich wrodzonych wad serca. Przez całe dziesięciolecia były one uznawane za letalne.

Dr n.med. **Magdalena Mazurak** Oddział Kardiologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

W latach 50. XX w. pojawiły się pionierskie prace przedstawiające propozycje chirurgicznej palacji. Tą drogą poszła wówczas część kardiologów.

Kilka z takich zabiegów operacyjnych wykonywanych w określonej kolejności złożyło się na tzw. szlak Fontana, który definiuje etapowe leczenie wad serca o typie czynnościowo pojedynczej komory. W przypadku zespołu hipoplazji lewej części serca (HLHS) w pierwszym etapie wykonuje się operację metodą Norwooda (w okresie noworodkowym), w drugim – zespolenie Glenna/operację hemi-Fontana (ok. 6. m. ż.), zaś w trzecim etapie – operację metodą Fontana (2-4 r. ż.). W tym miejscu kończy się szlak Fontana, choć oczywiście nie kończy się leczenie zabiegowe (interwencje przezskórne) oraz reinterwencje chirurgiczne.

PROCEDURA NORWOODA

W 1979 r. William Norwood zainicjował w Bostonie program oceniający wykonalność i skuteczność postępowania etapowego leczenia chirurgicznego u niemowląt z HLHS. Kilka lat później opublikował wyniki leczenia pierwszego pacjenta, który z sukcesem przeszedł etapowe leczenie paliatywne. W trzeciej dobie życia



William Norwood

dziecka wykonano pierwszą procedurę paliatywną (później nazwaną operacją metodą Norwooda): zespolenie między bliższym końcem pnia płucnego a aortą wstępującą i łukiem aorty. Następnie utworzono zespolenie z politetrafluoroetylenem (PTFE) szerokości 4 mm – pomiędzy nową aortą wstępującą a gałęziami tętnic płucnych – zapewniające dopływ krwi do płuc. Przewód tętniczy podwiązano. Noworodka wypisano do domu 18. dnia po operacji.

**Prof. Norwood
zmarł w USA 13 grudnia
2020 r. w wyniku
zakażenia SARS-CoV-2.**

ODPOWIEDZI ISTNIEJĄ?

Dziś operacja metodą Norwooda (w różnych modyfikacjach) jest paliatywną procedurą niosącą ze sobą największe ryzyko śmiertelności we współczesnej kardiologii dziecięcej (ok. 25 proc.). W początkach jej wdrażania śmiertelność sięgała jednak 100 proc. Wtedy też William Norwood został zaatakowany. Inni



Francis Fontan



Szlak Fontana: angiokardiografia u pacjenta po trzecim etapie leczenia paliatywnego

Żylnopłucne zespolenie Glenna unieśmiertelniło nazwisko Williama Glenna. Nie był on ani pierwszym, który tego dokonał w badaniach doświadczalnych, ani pierwszym, który operował tą techniką człowieka.

lekarze stwierdzili, że przedłużyła agonię niemowląt, że lepszą opcją byłaby troskliwa opieka, pozwalająca umrzeć tym dzieciom w komforcie. Ale autor metody upierał się przy swojej koncepcji i zadowolających wynikach, więc poszedł dalej tą drogą.

Jeden z amerykańskich dziennikarzy tak go podsumował: „Daj mu ołówek i notatnik, a William Norwood wytłumaczy Ci wszechświat. Pokaże, dlaczego koło jest idealnie okrągłe. Udowodni, że dźwięk porusza się wolniej niż światło. (...) William Norwood nie myśli, że wie wszystko, ale wierzy, że potrafi zrozumieć większość rzeczy. W świecie Norwooda odpowiedzi istnieją”. Prof. Norwood zmarł w USA 13 grudnia 2020 r. w wyniku zakażenia SARS-CoV-2.

ZESPOLENIE GLENNA

Drugi etap szlaku Fontana to zespolenie Glenna (lub operacja hemi-Fontana). W historii medycyny bardzo wiele jest przykładów sytuacji, w których przełomowe odkrycie nie zostało przypisano osobie, która opisała je jako pierwsza. Często eponimy tworzą od nazwisk osób, które opublikowały pracę kilka lat po właściwym odkrywczy, ale przez to, że publikacja ukazywała się w języku angielskim, zyskiwała większą popularność na świecie. Historia utworzenia eponimu „zespolenie Glenna” jest jednym z wielu takich przykładów.

Lata 50. ubiegłego wieku stały się świadkami zmagani kardiochirurgów w różnych częściach globu z realizacją koncepcji zespolenia omijającego prawą komorę, czyli połączenia prawego

przedsionka lub żyły głównej górnej (bądź jej odgałęzień) bezpośrednio z tętnicami płucnymi. Problem ten próbowano rozwiązać w co najmniej czterech ośrodkach kardiologicznych na świecie: w USA, we Włoszech, w ZSRR i na Węgrzech. W 1954 r. ukazał się artykuł Williama Glenna z Uniwersytetu Yale opisujący tworzenie u 9 psów zespolenia żylnopłucnego poprzez połączenie żyły nieparzystej z prawą tętnicą płucną. W czerwcu 1958 r. Glenn opublikował przypadek siedmioletniego chłopca z czynnościowo pojedynczą komorą, przełożeniem wielkich pni naczyniowych i zwężeniem płucnym, u którego wykonał zespolenie łączące żyłę główną górną z tętnicą płucną. Stan pacjenta po zabiegu znacznie się poprawił, a wykonana dwa miesiące później angiokardiografia wykazała, że zespolenie jest drożne.

Żylnopłucne zespolenie Glenna unieśmiertelniło nazwisko Williama Glenna. Nie był on ani pierwszym, który tego dokonał w badaniach doświadczalnych, ani pierwszym, który operował tą techniką człowieka. Miał jednak to szczęście, że pracował w prężnym ośrodku i sporo publikował w dobrych, anglojęzycznych

czasopismach, o dużym zasięgu. Klasyczne zespolenie Glenna stosunkowo szybko straciło popularność (ryzyko powikłań, trudność usuwania przy korekcji całkowitej). Dwie dekady po pierwszej operacji wykonanej przez Glenna zespolenie żyłno-płucne zyskało na nowo popularność wraz z rozpoczęciem ery paliatywnych operacji serc jednokomorowych. Zmodyfikowane dwukierunkowe zespolenie Glenna jest dziś standardem etapowego leczenia pacjentów z czynnościowo pojedynczą komorą. W Polsce pierwszy zabieg zespolenia żyłno-płucnego metodą Glenna wykonał Jan Kossakowski wraz z zespołem w 1960 r.

METODA FONTANA

Nazwisko Fontan znane jest wielu Francuzom, nawet tym niemającym związku z medycyną. Victor Fontan był w latach 20. XX w. sławnym kolarzem, a jego syn – Francis – został kardiochirurgiem. Pracował w szpitalu uniwersyteckim w Bordeaux i tam zainteresował

**Inni lekarze stwierdzili, że przedłuży
agonię niemowląt, że lepszą opcją byłaby
troskliwa opieka, pozwalająca umrzeć tym
dzieciom w komforcie. Ale autor metody
upierał się przy swojej koncepcji
i zadowolających wynikach, więc poszedł
dalej tą drogą.**

go problem leczenia atrezji zastawki trójdzielnej. Fontan stwierdził, że skoro połączenie żyły głównej górnej z prawą tętnicą płucną zapewnia wystarczający napływ do prawego płuca, to być może połączenie żyły głównej dolnej do pozostałej części pnia płucnego byłoby także wystarczające, by zapewnić napływ do lewego płuca. Tę koncepcję usiłował udowodnić w latach 1964-66, prowadząc liczne doświadczenia na psach. W krążeniu pozaustrojowym zamykał im zastawkę trójdzielną i tworzył zespolenia omijające prawą komorę. Niestety, bez spektakularnych efektów, zwierzęta nie przeżywały więcej niż kilka godzin, dlatego tych wyników nigdy nie opublikował.

Kilka lat później los postawił przed nim pacjenta z atrezią zastawki trójdzielnej, była to młoda kobieta. Kardiochirurgia

nie mogła jej wtedy wiele zaoferować. Francis Fontan postanowił powrócić do koncepcji metody testowanej kiedyś na psach. Operacja została wykonana ze sternotomii środkowej, Fontan zespolił koniec do końca żyły głównej górnej i prawej tętnicy płucnej, zamykając bliższy odcinek żyły głównej (wykonał więc zespolenie Glenna). Następnym etapem było połączenie prawego

przedsionka do pozostałej części tętnicy płucnej. Do ujścia żyły głównej dolnej wszczepiony został homograft aortalny. Przebieg pooperacyjny był powikłany, pojawił się wysięk w opłucnej i objawy niewydolności nerek: wodobrzusze, skąpomocz, a w końcu bezmocz. Pacjentka wymagała hemodializy, ale przeżyła, wypisano ją po kilku tygodniach, żyła jeszcze kolejnych kilka dekad.

Pomimo tego sukcesu, Francis Fontan nie opisał od razu tego przypadku. Dwa lata po tej pacjentce trafiła do niego następna chora. Była to 30-letnia kobieta ze znaczną sinicą, z atrezią zastawki trójdzielnej i niezgodnymi powiązaniami przedsionkowo-komorowymi. Przeprowadzona operacja była podobna, a dodatkowo udało się uniknąć powikłań. Pacjentka wyszła za mąż, a potem

Polskie akcenty

W latach 70. XX w. William Norwood przyjechał po raz pierwszy do Polski, by w Krakowie-Prokocimiu pomóc zbudować kardiochirurgię dziecięcą. W 1977 r. wykonał w Instytucie Pediatrii pierwszą operację na otwartym sercu, a rok później – pierwszą w Polsce korekcję anatomiczną przełożenia wielkich pni tętniczych (operacja metodą Jatene'a). Wirtuoz techniki, jak go nazywano, przyjeżdżał razem z zespołem przez kolejne lata, wykonując ponad 200 operacji w krążeniu pozaustrojowym. Dzięki niemu krakowscy kardiochirurdzy szkolili się w USA.

urodziła zdrowe dziecko. Zmarła po kilku latach po długiej operacji wymiany zastawki mitralnej z powodu jej niedomykalności. Oba te przypadki Fontan opublikował w 1971 r. we francuskim czasopiśmie. W trakcie oczekiwania na akceptację artykułu do druku wykonał kolejną operację. Niestety, pacjent zmarł. Badanie autopsyjne wykazało nadciśnienie płucne.

Te trzy przypadki zostały opublikowane w czasopiśmie „Thorax” w 1971 r. Fontan napisał, że operacja nie stanowi korekcji anatomicznej, jest jedynie przywróceniem fizjologicznego krążenia płucnego ze zmniejszeniem mieszania się krwi z lewej i prawej strony. To był kolejny kamień milowy w leczeniu pacjentów z czynnościowo pojedynczą komorą. Jak napisał Richard Bing: „Nie-możliwe stało się możliwe, trudne – stało się łatwiejsze, a wszystko to dzięki uporowi, wyobraźni i odwagi błyskotliwych chirurgów”. Pojawienie się pracy w opiniotwórczym anglojęzycznym czasopiśmie sprawiło, że techniką opisaną przez Fontana zainteresowano się na całym świecie. W Polsce operację metodą Fontana po raz pierwszy z powodzeniem wykonał Bogdan Szelałowicz w Poznaniu 25 czerwca 1975 r. (u 12-letniego chłopca z zarośnięciem zastawki trójdzielnej).

Kilka dekad temu przed pacjentami z czynnościowo pojedynczą komorą były dwie drogi, część kardiochirurgów podążała tą mniej uczęszczaną. Stworzony przez nich szlak Fontana wykreował zupełnie nową populację pacjentów z sercem o fizjologii pojedynczej komory. Dziś opieka nad pacjentami po operacji metodą Fontana stanowi największe wyzwanie dla kardiologów zajmujących się wrodzonymi wadami serca. ■



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

To tylko sen

Do niektórych we śnie przychodzą demony, do innych niespełnione, cudowne marzenia. Do diakona Justyniana zaś przyszli dwaj rzymscy lekarze i wykonali na nim tak odważny, jak i zaskakujący zabieg chirurgiczny.



Ile w tym prawdy, niech każdy oceni. Przypisać jednak trzeba, że historia ta obfituje w dramatyzm i dlatego zapewne często przedstawiana była przez malarzy.

Wśród różnych interpretacji tematu wyróżnia się ta Fra Angelico, ze zdecydowanymi kolorami, gdzie przeszczepiona noga wygląda niemalże jak długa skarpeta, berety braci niemal świecą ostrym karminem, a łóżko uśpionego Justyniana przybiera formę sceny.

I jest coś jeszcze, co zawsze mnie w tym przedstawieniu urzeka. Fra Angelico pokusił się o materialną próbę uchwycenia tego, co niematerialne: u połaci płaszczy dwóch świętych czai się niby dym, niby chmura. To (tylko) sen. ■

Obraz: Fra Angelico, „Uzdrowienie Justyniana”, predella ołtarza San Marco, 1438-1440

Justyniana odwiedzili pośmiertnie dwaj bracia: Kosma i Damian. Byli rzymskimi lekarzami, uważanymi za patronów medyków, aptekarzy i licznych wydziałów medycznych. Justynian, jak głosi legenda, utrapiony rozwijającą się w jego nodze chorobą, prosił w modlitwach dwóch świętych o pomoc.

Bracia odpowiedzieli na wezwanie Justyniana w trybie natychmiastowym. Ponoć za podszeptem anioła postanowili przeprowadzić dość kontrowersyjną operację. Dokonali amputacji zainfekowanej nogi, a w jej miejsce przyszyli kończynę zmarłego dzień wcześniej Etiopczyka. Co więcej, sen okazał się mieć konsekwencje w rzeczywistości. Justynian, ku swojemu zdziwieniu, obudził się z nową, zdrową nogą, a całe zdarzenie okrzyknięto „cudem czarnej nogi”.



Rozwiązanie zagadki z „GL” 05/2021

1. Zaróżowienie policzków kobiety.

Policzki kobiety na oryginalnym obrazie mają jedynie delikatnie zasugerowane rumieńce, zaszarzone błękitem. Rumieńce nie byłyby na miejscu w niebieskim okresie Picassa.

2. Przesunięcie sylwetki kobiety tak, by była w centrum obrazu.

Picasso celowo umieścił kobietę tak, by jej sylwetka nie wypadła w samym centrum obrazu. Dzięki temu zabiegowi wprowadził do obrazu nieco przytłumiony, ale jednak obecny element dynamizmu.

3. Zmiana odcienia jaśniejszych połaci ubrania kobiety na żywy niebieski.

Błękit pojawia się także w okresie różowym Picassa, jest jednak dużo żywszy niż ten znany z okresu błękitnego.

4. Powiększenie białego kołnierzyka kobiety tak, by wyglądał jak malutka kryza.

Białe kryzy pojawiają się u bohaterów obrazów z okresu różowego Picassa, rzadko zdarzają się w okresie błękitnym.



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

NAGRODZENI Z „GL” 05/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Joanna Jarosz-Czapnik z Lublina**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Aleksandra Janecka (Gdańsk)**, **Piotr Kmiec (Gdańsk)**, **Andrzej Krawczyk (Lublin)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl do 20 czerwca 2021 r.

W temacie maila należy wpisać GL06 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.



Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

- 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.

KULTURA

Puls Słowa



Organizatorzy:

Komisja Kultury
Główny Instytut Sztuki
w Warszawie
im. prof. Jana Matejki

Patronat medialny:
GAZETA LEKARSKA

XII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów

PULS SŁOWA

Regulamin konkursu

- Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu, w czterech egzemplarzach**. Każdy utwór powinien być opatrzony godłem. Nadesłane prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane.
- Do zestawu należy dołączyć **zaklejoną kopertę, podpisaną tym samym godłem, zawierającą dane autora: imię i nazwisko, adres, numer telefonu, e-mail oraz godło**.
- Prace należy nadsyłać do dnia 31 lipca 2021 r. (decyduje data stempla pocztowego) na adres: **SZPZŁO Praga-Północ, gab. 306, 03-719 Warszawa ul. Jagiellońska 34 z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa”**.
- Jury, w skład którego wejdą znani literaci i krytycy oraz przedstawiciele komitetu organizacyjnego przyzna **nagrody pieniężne i wyróżnienia**.

Do **31 lipca** należy nadsyłać prace na XII Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Prozatorski dla lekarzy i lekarzy dentystów „Puls Słowa”, który współorganizuje NIL. Warunkiem uczestnictwa jest nadesłanie pięciu wierszy o dowolnej tematyce lub prozy do 10 stron maszynopisu w 4 egzemplarzach. Prace nie mogą być wcześniej nagradzane ani publikowane. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym konkursu. ■

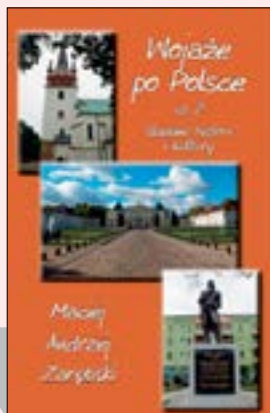
Muzyka



Ogólnopolski Festiwal Lekarskich Zespołów Rockowo-Bluesowych „ESCULAP ROCK” odbędzie się w Olsztynie w dniach **11-12 czerwca 2021 r.** w Kuźni Społecznej, przy ul. Marka Kotańskiego 1. ■

GazetaLekarska.pl

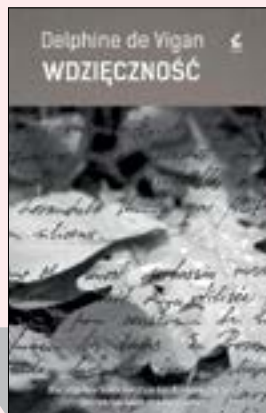
NASZA CZYTELNICIA



Wojaże po Polsce. Śladami historii i kultury (cz. 2)

Maciej Andrzej Zarębski

Druga część „Wojaży po Polsce”, bogato ilustrowana – tym razem zawierająca 10 reportaży zabierających czytelnika w podróż po kolejnych zakątkach naszego kraju, m.in. Podlasia, Beskidu Orawskiego, Ziemi Cieszyńskiej i Suwalszczyzny. Autorem tekstów oraz fotografii jest lekarz, który wydał do tej pory kilkadziesiąt pozycji książkowych. Książka ukazała się z okazji 55-lecia działalności publicznej Macieja A. Zarębskiego.



Wdzięczność

Delphine De Vigan

Słowo „dziękuję” towarzyszy nam codziennie. W pracy i podczas załatwiania spraw życia codziennego. Przychodzi nam łatwo, niemal automatycznie. Dlaczego więc tak trudno jest okazać wdzięczność i mówić o tym, co naprawdę ważne, w relacjach z najbliższymi nam osobami? Dlaczego tyle trudu kosztuje dziękowanie tym, którym tak wiele zawdzięczamy? Jak na czas opowiedzieć bliskim o tym, co naprawdę ważne, o czym mówiliśmy za mało? I nie spóźnić się z tym wyznaniem.

Fotoprojekt



Prof. Rafał Filip, kierownik Kliniki Gastroenterologii Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, przez trzy lata portretował swoich pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna. Każdemu robiono po dwa zdjęcia: czarno-biały portret, przedstawiający trudne emocje i przeżycia, jakie niesie choroba, oraz kolorową fotografię pełnej sylwetki, wyrażającą radość. Wybrane zdjęcia można zobaczyć na stronie internetowej Towarzystwa „J-Elita”. ■

GazetaLekarska.pl



Przeszczepione życie

David Wagner

Autobiograficzna opowieść o dwóch życiach. Pierwszym – opowiadanym z perspektywy człowieka przez lata cierpiącego na autoimmunologiczną chorobę wątroby, któremu w końcu pozostają tylko dwa wyjścia: oczekiwanie na nowy organ albo śmierć. I drugim – pozbawionym schorzenia, ale jednocześnie odartym z tego, co określało jego dotychczasową tożsamość. To opowieść o tym, co się z nami dzieje, gdy zabraknie tego, co nas wcześniej definiowało.



Bezpieczeństwo personelu medycznego w dobie COVID-19 według zasad EBM

Redakcja naukowa:

Łukasz Szarpak,
Tomasz Dzieciatkowski,
Krzysztof J. Filipiak

Publikacja zwracająca uwagę na aspekt bezpieczeństwa pracy personelu medycznego podczas pandemii COVID-19. Znajdziemy tutaj informacje o stosowanych środkach ochrony osobistej, efektywności określonych procedur bezpieczeństwa, ale także dane na temat procedur medycznych wykonywanych u pacjentów z podejrzeniem SARS-CoV-2 lub zakażonych tym wirusem. Książka rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Medycyny Katastrof.

KALENDARZ WYDARZEŃ SPORTOWYCH



3-6 CZERWCA

XXXI Letnie MPL w Tenisie „Lexus Cup 2021”
Szczecin
OIL w Szczecinie
Komisja ds. KSIR ORL w Szczecinie
(ksidor@oil.szczecin.pl)
Dariusz Adamczyk (602 353 308,
darekad@yahoo.pl)
www.pstl.pl

4-5 CZERWCA

XX MPL w Golfie
Modry Las, Binowo
OIL w Szczecinie
Komisja ds. KSIR ORL w Szczecinie
(ksidor@oil.szczecin.pl)
Jerzy Szymczak (501 161 191)

4-5 CZERWCA

17. MPL w Kolarstwie Szosowym
Bychawa, Pszczela Wola k. Lublina
Komisja sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej
Krzysztof Matras (605 084 016)
Mariusz Trus (697 111 238)
www.szosa.eu

5 CZERWCA

5. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych
Toruń
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu
Julian Pelka (504 101 375,
julekp@onet.pl)

10-13 CZERWCA

XIV MPL w Siatkówce Piłkowej
Niechorze
OIL w Szczecinie
Komisja ds. KSIR ORL w Szczecinie
(ksidor@oil.szczecin.pl)
Cezary Sierant (605 575 499)

11-12 CZERWCA

XIII MPL w piłce nożnej 6-osobowej
Częstochowa
OIL w Częstochowie
Rita Idziak (34 368 18 88,
czestochowa@hipokrates.org)
Piotr Janik (602 380 957)
Przemysław Klimas (604 792 574)

11-12 CZERWCA

V MPL OLDBOYS 45+ w piłce nożnej 6-osobowej
Częstochowa
OIL w Częstochowie
Rita Idziak (34 368 18 88,
czestochowa@hipokrates.org)
Piotr Janik (602 380 957)
Przemysław Klimas (604 792 574)

13 CZERWCA

Mistrzostwa Pomorza Lekarzy i Mistrzostwa Polskiej Sztafety Lekarskich w Triathlonie na dystansach ½ i 1/8 IM
Skarszewy – Starogard Gdański
KSIR OIL w Gdańsku
Ewa Greczyło (691 498 353)

19 CZERWCA

(zastępczy: 12 czerwca)
VIII MPL w Triathlonie MTB
Zalew Sobótka w Płocku
OIL w Płocku (biuro@oilplock.pl)
Grzegorz Augustyniak
(501 675 548)

19 CZERWCA

(zastępczy: 17 lipca)
III MPL w Brazylijskim Jiu-Jitsu
Wrocław
Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
Michał Głuszek (606 768 467,
michal.gluszek1@gmail.com)
Iwo Jarosz (722 233 048)

19-20 CZERWCA

10. MPL w Lekkiej Atletyce Olsztyn
PZLA „Masters”
(współorganizator: Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie)
Julian Pelka (504 101 375,
julekp@onet.pl)

19-20 CZERWCA

XX Jurajski Rajd Rowerowo – Kajakowy Lekarzy
Jurajska Przystań-Poraj (Jastrząb)
OIL w Częstochowie
Rita Idziak (34 368 18 88,
czestochowa@hipokrates.org)
Tomasz Klimza (691 488 383)

25-27 CZERWCA

Ogólnopolski Turniej Tenisa Lekarzy w Gdańsku
korty GAT przy AWF
Komisja Sportu OIL w Gdańsku
Tomasz Zwierski (792 022 553,
tomzwi90@gmail.com)

26-27 CZERWCA

(zastępczy: 11-12 września)
XI Ogólnopolskie Grand Prix w strzelectwie myśliwskim dla lekarzy „Złoty Eskulap”
Puławy
Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej
Grzegorz Pietras (piegrze@gmail.com)
Marek Gogacz (502 114 898,
gogacz@yahoo.com)
Tomasz Wójcicki (504 190 494,
tomaszwojcicki1@wp.pl)

27 CZERWCA

MPL w Triathlonie na dystansie Olimpijskim
Frydman
Komisja Sportu OIL w Krakowie
Lucjan Habieda (665 515 600)

CZERWIEC

(zastępczy: lipiec)
19. Mistrzostwa Polski Lekarzy i Innych Profesji Ochrony Zdrowia w Ringo
Komisja ds. Sportu OIL w Warszawie
Krystyna Anioł-Strzyżewska
(600 362 792,
krystynaaniol27@gmail.com)



16-18 LIPCA

(zastępczy: 23-25 lipca)
II Ogólnopolski Turniej w Tenisie na Trawie „Medbledon 2021”
Michałowek
OIL w Łodzi
Wojciech Pietrzak (604 262 193,
wosio@poczta.onet.pl)

29 LIPCA – 1 SIERPNI

Złot Motocyklowy „MotoBridge Baby 2021”
Bydgoszcz
Komisja Sportu Bydgoskiej Izby Lekarskiej
Hanna Słowińska (502 585 343,
hanna_wiktoria_sliwinska@o2.pl)

31 LIPCA – 8 SIERPNI

Rajd Górski Służby Zdrowia „Bieszczady 2021”
Zatwarnica (miejsce biwakowania)
Komisja Sportu i Turystyki ORL w Rzeszowie
Maria Szuber (608 595 510,
mszuber55@wp.pl)

8 SIERPNI

V MPL w Biegu Górskim w ramach Biegu na Wielką Sowę
Ludwikowice Kłodzkie
Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
Jerzy Słobodźan (602 486 406,
jerszyslobodzian@gmail.com)

21 SIERPNI

XII Letnie MPL w Triathlonie - sprint
Sandomierz
Świątokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
Dariusz Łabudzki (603 914 107,
dradj@op.pl)

25-27 SIERPNI

Złot Motocyklowy Klubu Doctor Riders „PROLOG PSK ŚLĄSK 2021”
Huciska
Śląska Izba Lekarska
Krzysztof Solana (696 470 617,
krzysztof.medyk@vp.pl)

26-29 SIERPNI

XVII Ogólnopolski Złot Lekarzy Motocyklistów „DoctorRiders”
Słok k. Bełchatowa
OIL w Łodzi
Grzegorz Krzyżanowski
(602 105 919,
grzegorz.krzyzanowski@yahoo.pl)

2021

**27-29 SIERPNIA****Vital Medic Cup V
Ogólnopolski Turniej Tenisa
Lekarzy w Opolu**

Opolska Izba Lekarska
Natalia Pelczar (504 576 665,
natalia.pelczar@gmail.com)
Daria Duch (609 107 643,
d.duch@vitalmedic.pl)

28 SIERPNIA**XXIII MPL w Kolarstwie
Górskim
Istebna**

Beskidzka Izba Lekarska
Janusz Lewandowski (606 235
361, janlewd@interia.pl)
zapisy, info – www.pomiaryczasu.pl

3-5 WRZEŚNIA**XXX Żeglarskie MPL
Imionek k. Pisz – jezioro Roś**

Komisja Kultury i Sportu
Warmińsko-Mazurskiej Izby
Lekarskiej w Olsztynie
Anna Chlebowska-Kulik
i Roman Żuralski (609 690 466,
olsztyn@hipokrates.org)

10-12 WRZEŚNIA**XII Złot Motocyklowy lekarzy
u „Mannixa”
Baranów Sandomierski**

OIL w Krakowie
Mariusz Janikowski (601 406 830)

11 WRZEŚNIA**(zastępczy: 25 września)
XX Mistrzostwa Pomorza
i Kujaw w Tenisie**

Toruń
Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska
w Toruniu
Aleksander Skop (604 267 343,
skalek@poczta.onet.pl)

17-19 WRZEŚNIA**IX Ogólnopolski Turniej
Tenisowy Lekarzy w Zielonej
Górze**

Zielona Góra
OIL w Zielonej Górze
(zielona.gora@hipokrates.org)
Józef Safian (601 511 361,
j.safian1@wp.pl)

18 WRZEŚNIA**XVII MPL w maratonie MTB
Michałki 2021**

Wieleń, Dębogóra
Wielkopolska Izba Lekarska
w Poznaniu
Tomasz Kaczmarek (602 215 001,
tomkolarek@gmail.com)

18 WRZEŚNIA**VIII MPL w Badmintonie
Łódź**

OIL w Łodzi
Robert Bibik (695 864 973,
rmbibik@wp.pl)

19 WRZEŚNIA**XXIII Mistrzostwa Lekarzy
w Półmaratonie**

Dzieskanowice-Gnieszno
Komisja ds. Kultury, Sportu
i Rekreacji Wielkopolskiej Izby
Lekarskiej w Poznaniu
Wojciech Łęcki (602 244 817,
wojciechlacki@poczta.onet.pl)

WRZESIEŃ**MPL w Bowlingu
Bydgoszcz**

Bydgoska Izba Lekarska
Marcin Gierach (506 180 304,
marcin_gierach@wp.pl)

1-3 PAŹDZIERNIKA**VII Ogólnopolskie Mistrzostwa Lekarzy i Prawników Kazimierz
Dolny 2021**

Kazimierz Dolny n/Wisłą
Komisja Sportu Lubelskiej Izby Lekarskiej
Grzegorz Pietras (piegrze@gmail.com)
Marek Gogacz (502 114 898, gogacz@yahoo.com)
Piotr Piwowarczyk (606 395 657, piwowarczyk.kancelaria@wp.pl)
Tomasz Wójcicki (504 190 494, tomaszwojcicki1@wp.pl)
Michał Parzydeł (601 263 872, michal.pazydel@gmail.com)

3 PAŹDZIERNIKA**(zastępczy: 10 października)
23. MPL w Biegu na 15 km
(w ramach 34. Biegu Sokoła)**

Bukowiec Górny
Wielkopolska Izba Lekarska
w Poznaniu
Leszek Walczak (601 754 720,
llwal@wp.pl)

**7-9 PAŹDZIERNIKA****XVI MPL w Pływaniu „Dębica
2021”**

Dębica
Komisja Sportu i Turystyki ORL
w Rzeszowie
Janusz Bieniasz (604 090 587,
bienjan@op.pl)

9-10 PAŹDZIERNIKA**(zastępczy: 15-16
października)
VIII MPL w Squashu
Rybnik**

Śląska Izba Lekarska
Tomasz Romańczyk (501 464 891,
romanczyk@htcentrum.pl)

18 PAŹDZIERNIKA**XIX MPL w Maratonie
Poznań**

Komisja ds. Kultury, Sportu
i Rekreacji Wielkopolskiej Izby
Lekarskiej w Poznaniu
Wojciech Łęcki (602 244 817,
wojciechlacki@poczta.onet.pl)

PAŹDZIERNIK**(zastępczy: listopad)
XXV MPL w Brydżu Sportowym
Warszawa**

Komisja ds. Sportu OIL w Warszawie
Krzysztof Makuch (608 200 190, krzysztofmakuch@hipokrates.org)
Aleksander Skop (604 267 343, skalek@poczta.onet.pl)

PAŹDZIERNIK**(zastępczy: listopad)
IX Mistrzostwa Polski
Samorządów w Brydżu
Sportowym - MISJA
Warszawa**

Komisja ds. Sportu OIL
w Warszawie
Krzysztof Makuch (608 200 190,
krzysztofmakuch@hipokrates.org)

**1-3 LISTOPADA****(zastępczy: 22-24 listopada)
XIV Ogólnopolski Rajd Konny
Lekarzy im. Majora Hubala
Mikołajów**

Komisja Sportu OIL w Łodzi
Wojciech Sędzicki (722 282 750)

11-14 LISTOPADA**Halowe MPL w Tenisie
Memoriał im. dr. Andrzeja
Jasińskiego
Pabianice**

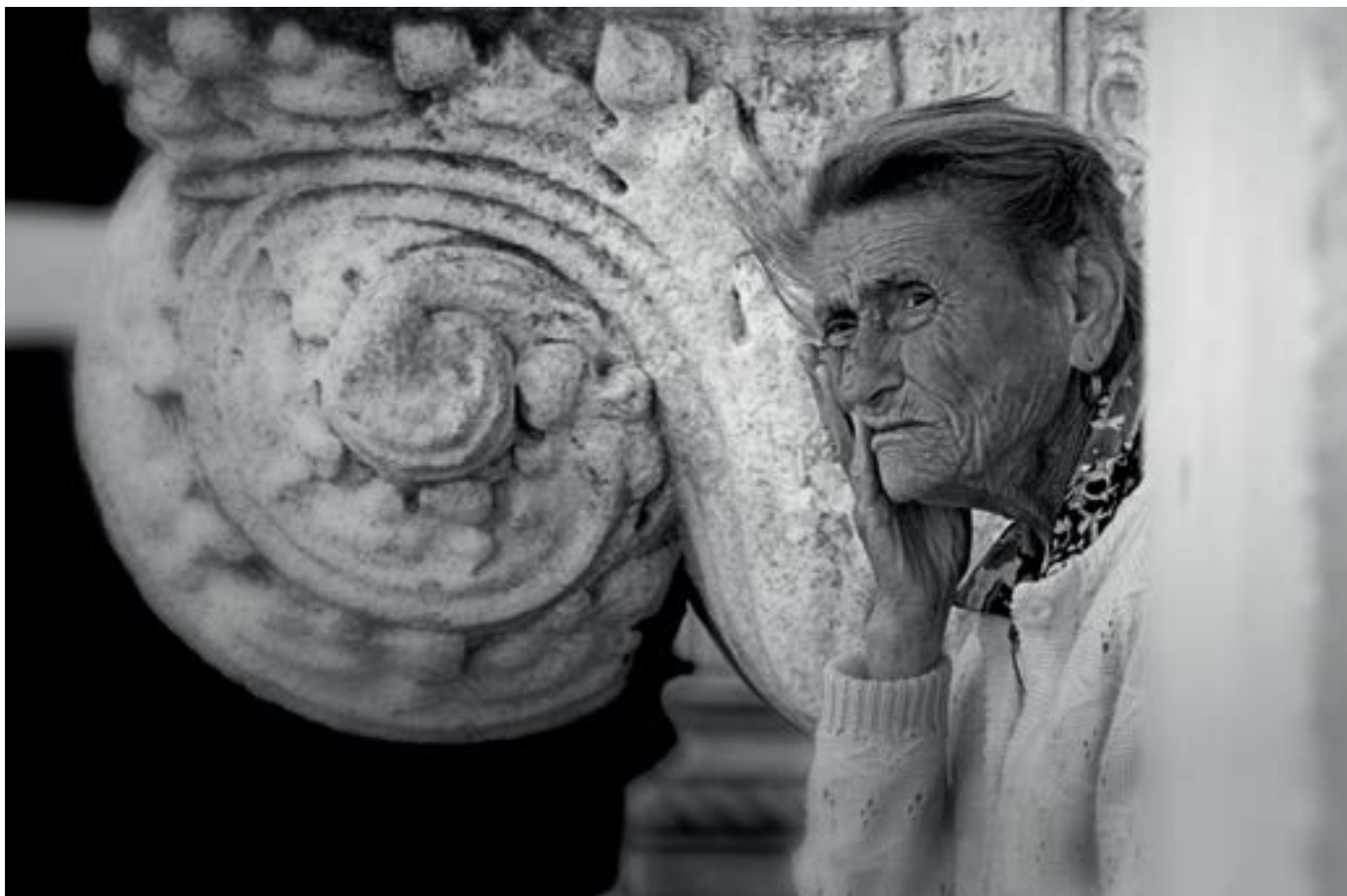
OIL w Łodzi
Bogusław Rataj (602 574 099,
bogrataj@wp.pl)

20-21 LISTOPADA**XXVI Mistrzostwa Polski
Lekarzy w Halowej Piłce
Nożnej „Mielec 2021”
Mielec**

Komisja Sportu i Turystyki ORL
w Rzeszowie
Zbigniew Bober (507 384 281,
byniub@interia.pl)

LISTOPAD**XX Mistrzostwa Polski
Lekarzy oraz III Mistrzostwa
Lekarzy Old-boy w piłce
siatkowej
Wieluń**

OIL w Łodzi
Bogna Kanicka (604 947 486)



„Czas 1”, dr Monika Majchrowicz (specjalista chorób oczu, Bielsko-Biała), uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2020

PhotoArtMedica 2021

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”. ■



www.photoartmedica.pl

ZJAZDY KOLEŻEŃSKIE

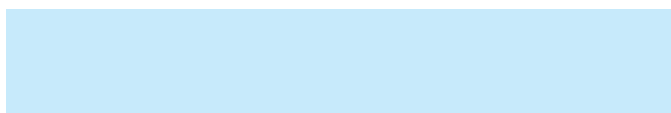
ABSOLWENCI WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AM W BIAŁYMSTOKU Z 1971 ROKU

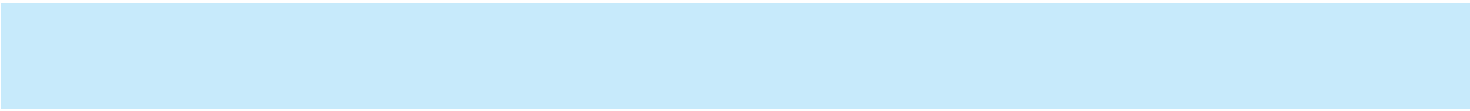
W związku z niepewną sytuacją epidemiologiczną planowany na 11 września 2021 r. jubileuszowy zjazd przekładamy na 25 czerwca 2022 r. O szczegółach poinformujemy w terminie późniejszym.

Za Zespół Organizacyjny, Janusz Zawistowski

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

Ogłoszenia

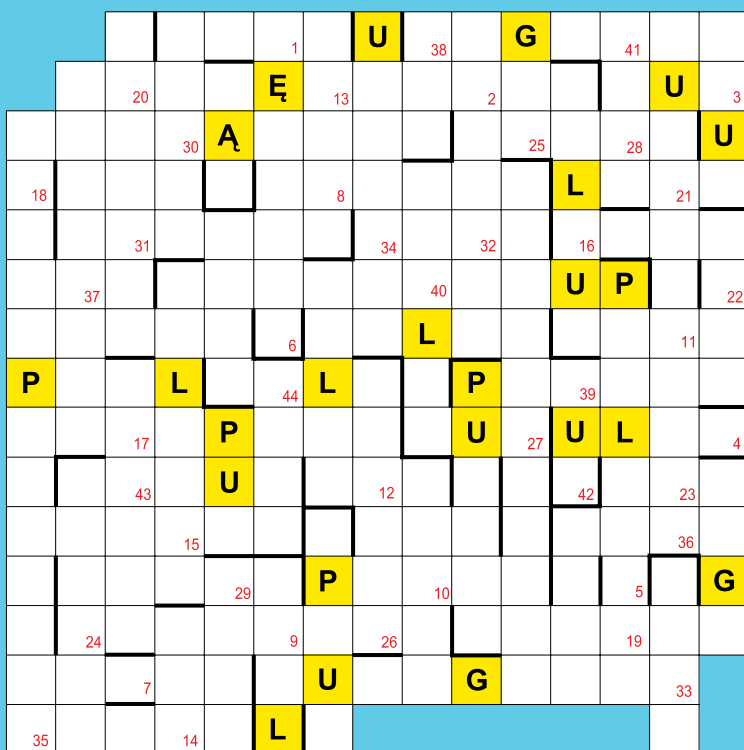






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

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



Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: A, E, G, L, P i U. Na ponumerowanych polach ukryto 44 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Eurypidesa. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 27 czerwca 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

*warstwa tkanki * włoski ryż z kurczakiem * alumen * pierwszy sakrament
* articulatio * wypadek na szosie * konwulsja * uczony religijny * gród nad Rodanem i Saoną * gościec przewlekły postępujący * greckie furie * między glinem a fosforem * poręczenie wekslowe * lekarska w przychodni * wołyńska rzeka Słowackiego * drugi fluorowec * część trybun * odłożone na półkę (łac.) * kolonia jurk * laudarium * gawędka lub Marciniek * komik Buster * ropa (łac.) * bicz rzemieenny * podagra * gęste zarośla * tętnica główna * między Malborkiem a Kwidzynie * zaraza * stoisko handlowe * między zstępnica a odbytnicą * duże naczynia na zupe * sól kwasu octowego * sieć zastawna * rysunek rylcem * manualne kregarstwo * pod gruszą * potas (łac.) * prowadzi Narodowy Spis Powszechny * dzielnosc, poczucie zależne od testosteronu * płynie przez łobez * zjawiska

osłuchowe * uniwersytet w New Haven * spiżniczka (łac.) * uroczystości religijne * Nadzwyczajny Lekarzy * ziemia duchowych cierpień Miłosza * Argentum * niewolnik spartański * fundator naszych nagród * brat Lecha i Czecha * bohaterka „Chaty za wsią” * narząd odbiorczy zmysłów * konkurent Lidla i Biedronki * cartilago * samobójce * szkielet * puszcza z Krutynią * wieś Stocha * śpiewacy cerkiewni * oliwny w Getsemani * samozapłodnienie * nicość * szeroka trasa narciarska * pole, obszar (łac.) * jednomasztowiec z żaglem skośnym * krzew * płynie w Permie * bursae * sławna willa na Kasprysach * chondroma * siatka po serwie * uzdrowisko w powiecie kłodzkim

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 263 („GL” nr 04/2021)
Głupszym od nieuka jest głupiec uczony.**

Nagrody otrzymują:

Małgorzata Antończyk (Poznań), Paweł Augustynek (Wrocław), Aleksander Olsztyński (Gdynia), Joanna Starczewska (Gliwice), Aneta Stefańska (Dąbrowa Górnicza). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 177 800 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 Sokotowska (Płock), Jarosław Wanecki (Płock)

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

