

SAMORZĄD: Kropla drażży skałę



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

07-08 | 2020

MIKROPOŻYCZKA

JEST JESZCZE CZAS NA ZŁOŻENIE WNIOSKU

#NieDlaZmianArt37aKK

ZAOSTRZENIE KAR DLA LEKARZY W TARCZY 4.0

Kodeks Etyki Lekarskiej

KARA ZA PODWAŻANIE ZASADNOŚCI SZCZEPIEŃ

Etymologia słowa

MEDYCZNY ŹRÓDŁOSŁÓW

Temat numeru

KLĄTWA NIEMOCY

POLITYKA A ZDROWIE

15

POLITYCZNA APOLITYCZNOŚĆ

Wielu felieton ten odbierze
jako utrzymany w konwencji
„irytującej”.



STR. 52

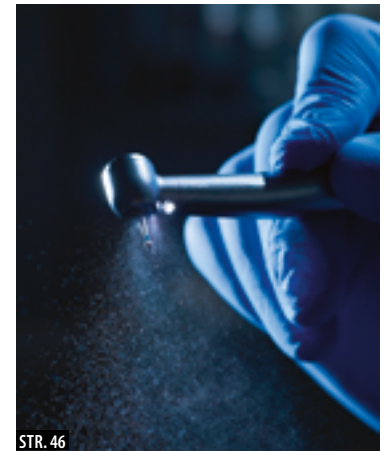
50

CZAS ZMIAN

Zapotrzebowanie na usługi
psychiatryczne jest ogromne.



STR. 59



STR. 46

Spis treści

Lipiec/sierpień 07-08/2020

SAMORZĄD

- 4 | Jesteśmy *prawożądni*
- 6 | Skrining
- 8 | #NieDlaZmianArt37aKK
- 11 | O nowelizacji
z przymrużeniem oka
- 12 | Kropla drąży skałę
- 15 | Polityczna apolityczność
- 19 | Nadeszła wojna...
- 25 | Razem możemy wszystko

TEMAT NUMERU

- 27 | Nierozwiązane problemy
- 28 | Kłątwa niemocy
- 31 | Pomysłów nie brakuje

PRAWO I MEDYCyna

- 33 | Mikropożyczka
- 34 | Przyspieszenie

- 36 | Etat i kontrakt
w jednej placówce
- 37 | Kara za podważanie
zasadności szczepień
- 38 | Benefity dla
walczących
z COVID-19
- 40 | Postojowe z ZUS

PRAKTYKA LEKARSKA

- 42 | Biuletyn
- 45 | Dwie ryciny
- 46 | Czekamy na konkretne
decyzje
- 48 | CEDE online i on demand
- 49 | Co po wirusie?
- 50 | Czas zmian
- 52 | Koronawirusowe
dylematy

- 56 | Odblokować system
- 58 | Braki kadrowe
za oceanem
- 60 | Medyczny źródłosłów
- 63 | Alternatywa?
- 64 | Wakacje z zarazą

PO GODZINACH

- 66 | Listy
- 68 | Memy zamiast
strategii
- 69 | Wesele na szczycie
Gubałowski
- 70 | Z wierzchu
- 72 | ICD Mirowskiego
- 75 | Mapa kultury
lekarskiej
- 79 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Jesteśmy prawni

Nie, nie – w tytule nie ma ortograficznego błędu! Żądamy dobrego prawa. Nie tworzonego na kolanie, lecz w drodze autentycznych konsultacji, dialogu z ekspertami, po starannym przeanalizowaniu wszystkich skutków.

Tymczasem ostatnio, akurat w czasie epidemii, sejmowa większość „bocznymi drzwiami” wprowadziła zaostrzenie kar w art. 37a Kodeksu karnego za nieumyślne spowodowanie śmierci i narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Po tej zmianie sąd będzie miał bardzo ograniczone możliwości wymierzania kary grzywny lub ograniczenia wolności. Oznacza to, że w wielu sytuacjach sprawcy będzie groziło więzienie.

Ratując życie i zdrowie pacjentów, liczymy się z ryzykiem odpowiedzialności karnej za ewentualny błąd i z poniesieniem konsekwencji tego czynu. Wymierzana sankcja powinna być jednak sprawiedliwa, adekwatna do stopnia zawinięcia, okoliczności i postawy lekarza. Sąd orzekający musi mieć zatem szerszą swobodę wymiaru kary wolnościowej, a nie jedynie kary więzienia.

Bulwersująca nas zmiana znalazła się w ustawie z 4 czerwca br. wprowadzającej tzw. tarczę 4.0. Ma ona bronić przedsiębiorców przed skutkami pandemii. W jej tytule zapisano: „O dopłatach do

oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19”. Można spytać: „Gdzie Rzym, gdzie Krym?”. A jednak... Poprawkę zgłoszono podczas prac nad projektem tarczy w Sejmowej Komisji Finansów Publicznych. Senat zaproponował jej usunięcie, ale Sejm podtrzymał swoją wcześniejszą decyzję i oto przy okazji dopłat do kredytów dokonano zmiany w Kodeksie karnym (co już samo w sobie jest kuriozalne).

W ramach tarczy antykryzysowej 4.0 zafundowano nam kolejną dawkę kryzysu zaufania. W liście otwartym do prezydenta Andrzeja Dudy apelowałem o pilne podjęcie wszelkich możliwych działań, by wstrzymać wejście w życie nowelizacji art. 37a. Bez odzewu. Ustawa obowiązuje.

Rządzący po raz kolejny doprowadzają do zaostrzenia odpowiedzialności karnej lekarzy i lekarzy dentytów za tzw. błędy medyczne. Rok temu próbowano zwiększyć odpowiedzialność za czyny opisane w art. 155 Kodeksu karnego. Było to przy okazji ustawy z 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy Kodeks karny, która została zaskarżona przez Prezydenta do Trybunału Konstytucyjnego. TK ma się nią zająć 14 lipca br. Mimo to podjęto kolejną próbę zaostrzenia odpowiedzialności karnej lekarzy ponad miesiąc wcześniej, nie czekając na rozstrzygnięcie.

Ryzyko zdarzeń niepożądanych towarzyszy nam na co dzień. Z badań ekspertów wynika, że są one wynikiem w znacznym stopniu błędów organizacyjnych i zarządczych, które bezpośrednio wpływają na pracę lekarza. Ostatnio, w czasie epidemii doświadczaliśmy tego aż nadto: chaos decyzyjny, organizacyjny i kompetencyjny, brak sprzętu ochrony indywidualnej,

“

W ramach tarczy antykryzysowej 4.0 zafundowano nam kolejną dawkę kryzysu zaufania.

brak urządzeń, brak testów, szkoleń, brak laboratoriów, sprawnego zintegrowanego systemu informacyjnego itd. itp. I w tym wszystkim lekarz, również ten delegowany w trybie pilnym do nowych zadań, czyli rzucony na pierwszą linię walki, nierzadko bez odpowiedniego wyposażenia.

Tylko my, lekarze i cały personel medyczny wiemy, jak duże ryzyko niesie ze sobą taka sytuacja.

W czasie wolnym od epidemii wcale nie jest ono mniejsze. Czy zatem mamy takiego ryzyka nie podejmować, w trosce o swoich najbliższych i o siebie? Czy medycyna asekuracyjna będzie zmniejszać szanse na wyleczenie, a może i życie wielu pacjentów? Czy politycy, przyjmując legislacyjne „wrzutki”, mają świadomość, że to oni biorą na siebie odpowiedzialność za dramaty pacjentów i ich rodzin? Próbuje im to uświadomić.

Ministrowi Łukaszowi Szumowskiemu zadałem publicznie pytanie: „Dlaczego Pan, jako lekarz, pełniąc jednocześnie najważniejszą funkcję w systemie ochrony zdrowia, milczy w tej sprawie i nie staje w obronie lekarzy i bezpiecznych warunków wykonywania ich zawodu?”. Zapytałem też, czy zgłoszenie poprawki dotyczącej art. 37a Kodeksu karnego, jak również jej treść, były z kol. Łukaszem Szumowskim konsultowane, a jeżeli nie, to dlaczego. Te pytania wystosowałem 24 czerwca w imieniu całego środowiska lekarskiego. Czekamy na reakcję.

Naszą odpowiedzią na zaistniałą sytuację jest propozycja ustawy przygotowana przez Prezydium NRL i przekazana Ministrowi Sprawiedliwości. Przewiduje ona ograniczenie odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej osób wykonujących zawody medyczne za działania pozostające w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zapobiegania, przeciwdziałania lub zwalczania COVID-19. W swoim środowisku

nazywamy ją ustawą o Miłosiernym Samarytaninie, co już bardzo wiele wyjaśnia. Uważamy, że w sytuacji pandemii konieczne jest wprowadzenie modyfikacji ogólnie obowiązujących zasad odpowiedzialności prawnej przedstawicieli zawodów medycznych, zarówno w sferze prawa karnego, cywilnego, jak i odpowiedzialności zawodowej pracowników służby zdrowia w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii. Skoro COVID-19 zmusił władze państwowe do modyfikacji bardzo wielu przepisów prawnych regulujących praktycznie każdy aspekt życia społecznego, to powinno to też dotyczyć zawodów medycznych wykonywanych w czasie epidemii. Takie rozwiązania wprowadzono w innych krajach. Co stoi na przeszkodzie, by wprowadzić je u nas?

Nie chcemy szczególnego traktowania. Nie żądamy wyjątkowych przywilejów. Chcemy tylko dostosowania rozwiązań prawnych regulujących zasady i zakres odpowiedzialności medyków do nadzwyczajnych warunków, w jakich obecnie działamy, a nie oczekujemy pobłażliwości dla rażącego niedbalstwa. Chcemy swoją pracę wykonywać w warunkach bezpiecznych, również z punktu widzenia prawnego.

Jak to było przy okazji art. 155 k.k., tak i teraz alarmujemy, by nie wprowadzać rozwiązań, które zniechęcą lekarską młodzież do wybierania specjalizacji zabiegowych czy skłonią do ucieczki tam, gdzie praca jest lepiej zorganizowana, a przez to ryzyko zawodowe jest mniejsze.

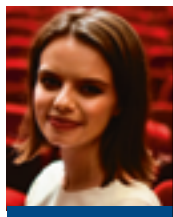
Przyjęcie tarczy 4.0 wraz z kontrowersyjnym zapisem Prezydium NRL i Konwent Prezesów w swoim stanowisku nazwali hejtem w stosunku do lekarzy. Bo czyż nie jest to przejaw lekceważenia i braku szacunku dla naszej pracy, wysiłku, kwalifikacji, codziennego stresu, czasu, również tego odebranego najbliższemu, a przeznaczanego na dyżury, na ciągłą naukę?

Naszego niepokoju nie zmniejszyła obietnica przedstawicieli Ministerstwa Sprawiedliwości złożona na spotkaniu zorganizowanym w reakcji na stanowczy sprzeciw środowiska lekarskiego, który wyraziłem we wspomnianym piśmie do Prezydenta. Na tym spotkaniu nasi reprezentanci usłyszeli, że przepisy te nie będą zwiększać represji w stosunku do środowiska lekarskiego i nie wpłyną na zasady orzekania kar w sprawach związanych z błędami podczas procesu leczenia. Nie uspokoiło to nas. Wręcz zaniepokoiło.

Jako samorząd chcemy zachować apolityczność. O tym m.in. mówiłem na niedawnym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej, która odbyła się 19 czerwca br. – na półmetku obecnej kadencji. To jest nasz wyróżnik i duża wartość. Dlatego bliskie są mi słowa Stanisława Jerzego Leca: „Nie wiem, kto jest praworządny, ja jestem prawożądny”. Myślę, że dotyczy to wszystkich lekarzy. ■

“

Nie chcemy szczególnego traktowania. Nie żądamy wyjątkowych przywilejów. Chcemy swoją pracę wykonywać w warunkach bezpiecznych, również z punktu widzenia prawnego.



ALICJA
SZCZYPZYK

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

#NieDlaZmianArt37aKK

22

czerwca Prezydent RP podpisał ustawę zwaną tarczą antykryzysową 4.0, która m.in. nowelizuje art. 37a Kodeksu karnego i tym samym zaostrza odpowiedzialność karną lekarzy i lekarzy dentystów za tzw. błędy medyczne. Zmiana ogranicza sądom możliwość wymierzania kary grzywny lub ograniczenia wolności, przez co medykom w przypadku wystąpienia niepożądanych zdarzeń w leczeniu będzie niemal w każdym przypadku groziła kara więzienia.

Uderzy to również w samych pacjentów. Lekarze, w obawie przed nadmiernym ryzykiem, które przecież jest wpisane w ich profesję, będą z większą rezerwą podejmować decyzje dot. wyboru terapii, szczególnie tych bardziej ryzykownych. Nie wspominając o panującej pandemii koronawirusa,



którego jeszcze nie znamy na tyle, aby móc walczyć z nim wyłącznie sprawdzonymi metodami.

Więcej o zmianie w Kodeksie karnym, groźnych konsekwencjach (dla personelu medycznego i pacjentów) wprowadzenia omawianej zmiany oraz o reakcji samorządu piszemy na s. 8-10. Zapraszam także do odwiedzenia portalu internetowego NIL, gdzie są zamieszczane bieżące komunikaty w tej sprawie. ■



gazetalekarska.pl

PNRL ostrzega przed kryzysem w ochronie zdrowia



Na

konferencji prasowej poświęconej aktualnym problemom w ochronie zdrowia, która odbyła się 16 czerwca w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, przedstawiciele Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przybliżyli zaproszonym mediom ważne i wymagające pilnego omówienia zagadnienia.

Zapelowano o uregulowanie płacy lekarzy w zależności od miejsca pracy, doświadczenia i wykształcenia. W ocenie PNRL rozporządzenia o wynagrodzeniach lekarzy i lekarzy dentystów rezydentów i stażystów są krokiem w dobrym kierunku, ale porównując wysokość wynagrodzenia młodych lekarzy do płacy minimalnej teraz i w latach wcześniejszych,

zauważamy obniżenie stawki, co według samorządu jest nieadekwatne do wykształcenia, jak i odpowiedzialności, jaką bierze na siebie lekarz. PNRL utrzymuje swój postulat, że płaca lekarzy rezydentów powinna wynosić dwie średnie krajowe, a praca specjalisty – trzy średnie krajowe.

Na spotkaniu omówiono także, pogłębiające się przez trwającą pandemię koronawirusa, niedofinansowanie szpitali. W trakcie „lockdownu” spadła liczba przyjmowanych pacjentów, a średnie niewykonanie ryczałtu wahało się między 25-37 proc. NFZ wypłaca 1/12 kwoty umowy przy założeniu, że niewykonane świadczenia zostaną zrealizowane do połowy 2021 r., co w opinii PNRL

– przy obowiązującym reżimie sanitarnym i brakach kadrowych – nie jest fizycznie możliwe.

Innym problemem związanym z NFZ jest niskie finansowanie stomatologii. Pandemia spowodowała wzrost kosztów świadczeń, a brak jasnych wytycznych i ograniczenia liczby zabiegów pogarsza już i tak trudną sytuację gabinetów. PNRL przewiduje, że w najbliższych miesiącach zaobserwujemy odstępianie od realizacji świadczeń w ramach Funduszu przez wielu świadczeniodawców, co przełoży się na zmniejszony dostęp pacjentów do leczenia.

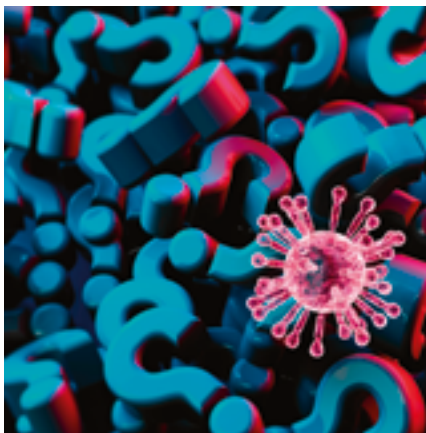
Szczegółowe relacje ze spotkania z dziennikarzami, jak i jego retransmisja, znajdują się na stronach internetowych NIL i „Gazety Lekarskiej”. ■

Ilu medyków zarażonych SARS-CoV-2?

Aktualne dane dotyczące liczby osób z personelu medycznego zarażonych koronawirusem nadal nie są regularnie publikowane. Samorząd lekarski ponownie zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia o zajęcie rzeczowego stanowiska w związku z apelem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z 10 kwietnia 2020 r. w tej sprawie. Biorąc pod uwagę wcześniejszą odpowiedź na postulat PNRL, można wnioskować, że został on błędnie odczytany przez kierownictwo ministerstwa.

Zawarty w piśmie wiceministra Waldemara Kraski opis trybu postępowania w przypadku stwierdzenia zakażenia pracownika medycznego jest powszechnie znany i nie był przedmiotem zapytania samorządu. Fakt, że „każdorazowe zidentyfikowanie zakażenia wśród personelu medycznego skutkuje każdorazowo wszczynaniem dochodzenia epidemiologicznego przez właściwego państwowego inspektora sanitarnego”, w żaden sposób nie koresponduje z apelem PNRL o to, aby publikować dane statystyczne dotyczące liczby zakażonych medyków.

Informacje o zakażeniach wśród personelu medycznego są ogólnodostępne w zdecydowanej większości państw dotkniętych pandemią. Zwracając się ponownie do Ministerstwa Zdrowia, prezes NRL podkreślił, że utajnianie takich informacji jest niezrozumiałe, a bieżące publikowanie



danych jest w pełni uzasadnione. Wiedza o liczbie zakażonych pracowników medycznych z podziałem na zawody jest potrzebna do podejmowania działań przez poszczególne samorządy zawodów medycznych, w szczególności do właściwego reprezentowania indywidualnych i zbiorowych interesów członków samorządu. Pozwoliłaby również na weryfikację zasadności podejmowania pewnych rozstrzygnięć dotyczących lekarzy i innych pracowników medycznych.

Zastanawiające są również publikacje zawierające omawiane statystyki w mediach ogólnopolskich, które wskazują Ministerstwo Zdrowia jako swoje źródło. Potwierdza to, że dane są gromadzone, ale nie są na bieżąco publikowane ani przekazywane do instytucji najbardziej ich potrzebujących. ■

Spotkanie w MZ

25 maja odbyło się długo oczekiwane spotkanie przedstawicieli Prezydium NRL i kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. Jest to efekt listu otwartego prezesa NRL Andrzeja Matyja do Ministra Zdrowia. Sam Łukasz Szumowski nie był jednak obecny na spotkaniu. Poruszono m.in. kwestie obecnej sytuacji pandemicznej w Polsce, kontraktowania NFZ, egzaminów lekarskich i kształcenia podyplomowego, powrotu do planowego leczenia oraz problemów w stomatologii.

Samorząd lekarski wciąż czeka na podjęcie przez MZ odpowiednich działań w omówionych na spotkaniu tematach. Na początku czerwca prezes NRL ponownie zwrócił się do Ministra Zdrowia o udzielenie informacji, na jakim etapie są prace (oraz kiedy ich efekty będą upublicznione) m.in. nad strategią testowania na obecność SARS-CoV-2 i nad zaleceniami dot. przyjmowania pacjentów w ramach planowego leczenia. W ocenie prezesa NRL „zwleknięcie z rozstrzygnięciem tak ważnych zagadnień dla funkcjonowania placówek medycznych w dobie epidemii koronawirusa jest zupełnie niezrozumiałe”. ■



List otwarty do Prezesa TVP

Prezes NRL Andrzej Matyja musiał interweniować w związku z wypowiedzią pana Wojciecha Brzozowskiego (mistrza świata w windsurfingu) podczas programu „Pytanie na Śniadanie” emitowanego na antenie TVP2. W liście otwartym do prezesa Telewizji Polskiej, prezes NRL wyraził swoje oburzenie i sprzeciw dla rozpowszechniania nieprawdziwych informacji o koronawirusie oraz podważaniu zaufania do lekarzy. Informacje o koronawirusie przedstawione przez pana Brzozowskiego w trakcie dyskusji o szczepieniach były nie tylko lekceważące i niezgodne z wiedzą

medyczną, ale i krzywdzące dla środowiska lekarskiego.

Biorąc pod uwagę zasięg telewizji publicznej, prezes NRL zaapelował, aby nie uczestniczyły w głoszeniu nieprawdziwych wiadomości na temat pandemii, które są niezwykle szkodliwe dla pacjentów.

Ponadto podziękował wypowiadającemu się w tym samym programie doktorowi Michałowi Sutkowskiemu, który jest prezesem Warszawskich Lekarzy Rodzinnych oraz rzecznikiem prasowym Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, za zachowanie spokoju oraz przekazanie rzetelnych informacji na temat koronawirusa. ■

Trwa V Kongres Wyzwań Zdrowotnych (14 maja – 14 lipca) – to edycja szczególna, bo ze względu na pandemię SARS-CoV-2 jest zorganizowana w całości online.

W tegorocznych sesjach nie zabrakło przedstawicieli PNRL. Do tej pory swoje wystąpienia mieli wiceprezes NRL Krzysztof Madej w panelu pt. „Kolejki do leczenia – jak możemy je skrócić” oraz wiceprezes NRL Andrzej Ciszły w sesji „Wyzwania e-Zdrowia”.

Kolejne sesje z udziałem PNRL, w tym prezesa NRL Andrzeja Matyja oraz ponownie wiceprezesa Ciszły, zaplanowano na początek lipca (<https://www.hccongress.pl/pl/>). ■

PRACOWITE DWA LATA

Kropla draży skałę

Z prof. **Andrzejem Matyją**, prezesem NRL, na półmetku VIII kadencji, rozmawia **Marta Jakubiak**.

GL Najpierw art. 155 Kodeksu karnego, potem pandemia koronawirusa, tarcza 4.0, a w niej nowelizacja art. 37a k.k. To chyba nie jest łatwa kadencja.

Kiedy zdecydowałem się kandydować w wyborach na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, wiedziałem, że podejmuję się zadania bardzo odpowiedzialnego i wymagającego ciężkiej pracy. Spodziewałem się, że nie będzie łatwo, choć rzeczywiście nie miałem pojęcia, że przyjdzie nam jako środowisku konfrontować się z pandemią. Nikt nie przypuszczał także, że władza zechce nowelizować prawo podstępem, bo chyba tak można odnieść się do zmiany art. 37a k.k. wpisanej do tzw. tarczy antykryzysowej 4.0.

Rolą samorządu jest, by reagować w takich momentach i stawać w obronie lekarzy, wspierać ich, gdy narażają życie, walcząc o pacjentów lub kiedy ich wolność może być zagrożona. Ustawodawca – bez przeprowadzenia jakichkolwiek konsultacji publicznych – zmianą jednego przepisu zrównał potencjalną odpowiedzialność lekarza za ryzyko, jakie wiąże się z wykonywaniem tego zawodu, z przestępstwami takimi jak napad z nożem w rękę. Na to naszej zgody nie ma, tak jak nie było rok wcześniej na próbę zwiększenia odpowiedzialności karnej za czyny opisane w art. 155 k.k. W takich sytuacjach musimy reagować szybko i zdecydowanie.

GL Z jakimi wyzwaniem trzeba było się zmierzyć podczas ostatnich miesięcy?

Pandemia SARS-CoV-2 obnażyła wszystkie słabości ochrony zdrowia w Polsce: niedofinansowanie, słabość organizacyjną, braki w koordynacji, brak przygotowania do zarządzania sytuacją kryzysową, słabość kadrową, brak sieci informatycznej umożliwiającej sprawny przepływ informacji, braki organizacyjne i informatyczne inspekcji sanitarnej, niedomagania w obszarze diagnostyki laboratoryjnej. W tym szczególnym czasie przede wszystkim musieliśmy walczyć o bezpieczeństwo lekarzy i całego personelu medycznego, a tym samym o bezpieczeństwo pacjentów.

Jako Prezydium NRL podjęliśmy pracę błyskawicznie, w trybie kryzysowym. Przez ponad dwa miesiące spotykaliśmy się codziennie wieczorem na wideokonferencjach. Omawialiśmy bieżące sprawy, wymienialiśmy się opiniami, ustalaliśmy strategię postępowania i kolejne kroki, na bieżąco formułowaliśmy stanowiska i opinie. Decydowaliśmy

o strategii komunikacji. Informacje jeszcze w nocy były zamieszczane na stronie internetowej i wysyłane do mediów. Pracowaliśmy bardzo intensywnie. Wystosowaliśmy w tym czasie 18 apeli, 20 stanowisk Prezydium oraz Rady, a także 35 pism i listów prezesa NRL. Były one kierowane do Ministerstwa Zdrowia (najczęściej), NFZ, GIS, UOKiK, Marszałka Sejmu i Marszałka Senatu, przewodniczących Sejmowej i Senackiej Komisji Zdrowia, Ministra Sprawiedliwości, Prezesa ZUS, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a także do Premiera. Wystosowaliśmy też listy otwarte do Prezydenta, Ministra Zdrowia, a także do Prezesa TVP.

GL O co walczyliście?

Od samego początku wielokrotnie upominaliśmy się o zapewnienie podstawowych środków ochrony indywidualnej dla medyków oraz o zapewnienie odpowiedniej liczby testów. Dopominaliśmy się też o wytyczne, spójność i kompleksowość decyzji. Walczyliśmy o bezpieczeństwo osobiste nasze i naszych bliskich. Ponieważ wszystkie prośby pozostawały bez odpowiedzi, wzięliśmy sprawy w swoje ręce. W ramach Fundacji Lekarze Lekarzom utworzyliśmy Fundusz Pomocowy, który zasililiśmy środkami przekazanymi przez samorząd oraz darowizną w wysokości 20 mln zł przekazaną przez Kulczyk Foundation. Dzięki zgromadzonemu w ten sposób funduszom i zaangażowaniu bardzo wielu osób sprowadziliśmy z Chin sprzęt niezbędny do ochrony osobistej i przekazaliśmy go medykom.

GL To pierwsza w historii samorządu operacja na taką skalę.

Dlatego tym bardziej się cieszę, że zrealizowaliśmy to przedsięwzięcie wspólnymi siłami z okręgowymi izbami lekarskimi. Po raz pierwszy w historii samorządu na mój wniosek NRL zdecydowała też, by dodatkowo cały wypracowany w 2019 r. zysk przekazać na Fundusz Pomocowy FLL. Mam ogromną satysfakcję, że ta moja propozycja znalazła uznanie Wysokiej Rady na posiedzeniu 19 czerwca. Dzięki temu zwiększamy możliwości wsparcia tych, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej lub mogą się w niej znaleźć w związku z trwającą epidemią SARS-CoV-2. Chcemy realizować ważny postulat, by składka wracała do lekarzy.

GL Na jakie jeszcze wsparcie lekarze mogą liczyć?

W maju 2018 r. mówiłem o przywracaniu wiary w samorząd, o konieczności udowodnienia, że jego istnienie ma



sens, o umacnianiu współpracy z izbami okręgowymi za pośrednictwem Konwentu Prezesów, a także o skoordynowaniu pomocy dla lekarzy w kwestiach organizacyjno-prawnych i socjalnych. Myślę, że potwierdzają to działania podjęte przez nas w czasie pandemii, jak właśnie utworzenie Funduszu Pomocowego, zaopatrzenie lekarzy i lekarzy dentystów w sprzęt ochrony indywidualnej, ale także zaliczenie COVID-19 do chorób zawodowych oraz wyjaśnienie kwestii dotyczących źródeł finansowania testów.

Innym przykładem wsparcia środowiska jest powołanie w trwającej kadencji funduszu stypendialnego, dzięki któremu młodzi adepci naszego zawodu mogą rozwijać swoje zainteresowania i podnosić kwalifikacje. Stale wspieramy też naszych seniorów. Lekarze otrzymują wsparcie finansowe także w sytuacjach, gdy ich dobre imię zostało naruszone przez nieuczciwe media. Na bieżąco reagujemy w przypadku gróźb, przejawów hejtu, szykan, cyberataków, bo i takie miały miejsce. Sprawy zgłaszamy do prokuratury lub wysyłamy pisma z prośbą o interwencję do odpowiednich władz. Siłą samorządu jest solidarność środowiska. Nigdy nie będziemy obojętni wobec aktów agresji.

O jakich sukcesach można mówić?

W czasie pandemii, mimo niełatwej współpracy z Ministerstwem Zdrowia, zapisaliśmy na naszym koncie niewątpliwie kilka. To między innymi wycofanie się decydentów z obowiązkowej kwarantanny dla lekarzy, ubezpieczenia dla medyków walczących z koronawirusem, uznanie COVID-19 za chorobę zawodową, wydanie przez Prezesa NFZ decyzji o powszechnym dostępie personelu medycznego do testów na obecność SARS-CoV-2 i wskazanie właściwego płatnika, ale akurat ten sukces był połowiczny, ponieważ zabrakło decyzji GIS, w jakiej sytuacji klinicznej zlecenie testu jest uzasadnione, choć o taką decyzję też apelowaliśmy. Uzyskaliśmy jednak pozytywną reakcję GIS w sprawie odpadów medycznych, co ma ogromne znaczenie dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Gdyby decyzja, że nie wszystkie odpady są odpadami COVID-19, skala problemów, z jakimi borykają się placówki medyczne, byłaby znacznie większa. Po stronie sukcesów możemy też zapisać pozytywną odpowiedź resortu zdrowia na apel PNRL, którego konkluzja brzmiała: „Personel medyczny nie musi wpisywać danych w Krajowy Rejestr Pacjentów z COVID-19”.

Ogólnie współpraca z MZ nie układa się jednak dobrze. Meritum ustępuje polityce, brakuje dialogu, konsultacje są pozorne.

 W swoim wystąpieniu programowym przed dwoma laty mówił pan, że samorząd lekarski powinien być pełnoprawnym uczestnikiem narodowej debaty o zdrowiu. Po dwóch latach nadal wierzy pan, że może to nastąpić? Tak i nadal będę walczył, by takim uczestnikiem był i miał realny wpływ na ochronę zdrowia w Polsce. W tamtym wystąpieniu mówiłem także, że ważne jest zachowanie apolityczności samorządu, rozumianej nie jako izolacja od środowisk politycznych, ale konieczność podjęcia aktywnej współpracy z politykami na rzecz środowiska lekarskiego,



Prof. Andrzej Matyja: - Po raz pierwszy w historii samorządu na mój wniosek NRL zdecydowała, by dodatkowo cały wypracowany w 2019 r. zysk przekazać na Fundusz Pomocowy FLL. Chcemy realizować ważny postulat, by składka wracała do lekarzy.

co w praktyce oznaczałoby, że Naczelna Izba Lekarska jest partnerem merytorycznym, dostarczającym eksperckiej wiedzy o ochronie zdrowia. Nadal będę zabiegał o to, by nasz głos miał siłę sprawczą.

Powinniśmy być aktywnym partnerem i inicjatorem zmian w kwestiach związanych z RODO, e-dokumentacją medyczną, przemodelowaniem koszyka świadczeń zdrowotnych, wyceną procedur. Dwa lata temu wystąpiłem z inicjatywą powołania grupy roboczej Ministerstwa Zdrowia i Naczelnej Izby Lekarskiej, której zadaniem byłoby konsultowanie spraw bieżących i praca nad długofalowymi rozwiązaniami. Był pozytywny odzew ze strony Ministerstwa, ale niestety praktyka różni się z deklaracjami. Mamy też ambicję, by wokół samorządu skupić grono ekspertów, stworzyć silny think tank.

Jak na razie nasz głos jest słyszany w Senacie. Na przykład poprawki do ustaw „tarczowych” i ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wprowadzone przez Senat uwzględniały uwagi zgłoszone na etapie opiniowania przez samorząd. Ostatecznie przepadły one jednak w Sejmie. Niestety, zdrowie jest od lat – i chyba jeszcze długo będzie – zakładnikiem polityki, dlatego samorząd, choć musi być apolityczny, nie może się od polityków izolować.

Jakie są relacje z innymi środowiskami?

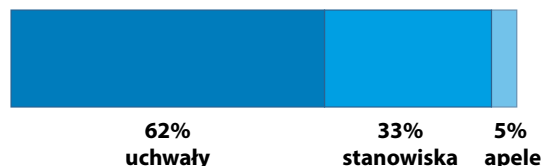
Silne więzi łączą nas z reprezentacjami zawodów zaufania publicznego, z Naczelną Radą Adwokacką, ze środowiskiem sędziowskim, które – podobnie jak adwokatura – wsparło nas, również merytorycznie, w czasie pandemii. Ważna jest też nasza rola wśród samorządów zawodów medycznych: farmaceutów, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych. Mamy różne doświadczenie, a nasze zawody różną specyfiką, ale uznaliśmy, że warto działać wspólnie.

W VIII kadencji NRL i PNRL przyjęły

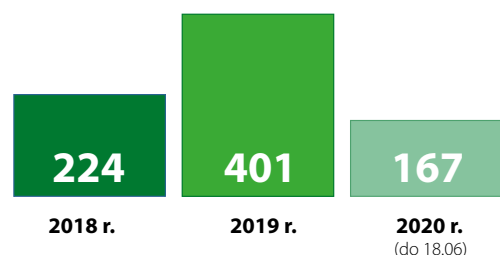


929

uchwał, stanowisk i apele



Z roku na rok wzrastała liczba opracowanych dokumentów



W 2018 r. prawnicy NIL zajmowali się ok. 131 aktami prawnymi, w 2019 r. – już 252, a w ciągu niecałego półrocza br. było ich 81.

Na których rozwiązaniach systemowych samorząd skupił się szczególnie?

Na nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a także na regulacjach związanych z RODO oraz Elektroniczną Dokumentacją Medyczną oraz na e-zdrowiu, czyli e-zwolnieniu, e-recepcie i e-skierowaniu. Włożyliśmy ogromny wysiłek, by tworzone akty prawne były mądrze skonstruowane i pozwalały na bezpieczne wykonywanie zawodu.

Jednym z przykładów naszego uczestnictwa w procesie tworzenia prawa jest właśnie nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Jakich wyzwań legislacyjnych spodziewa się pan w najbliższej przyszłości?

Na pewno konieczne będzie podjęcie prac związanych z ustawą o biegłych sądowych. Kolejna rzecz to przeprowadzenie zmian w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, przewidującej wprowadzenie ograniczenia odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej osób wykonujących

zawody medyczne za działania pozostające w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zapobiegania, przeciwdziałania lub zwalczania COVID-19, zgodnie z przygotowanym przez nas projektem, który nawiązuje do idei Miłosiernego Samarytanina. Chcemy też wprowadzić model no fault, nad którym już pracujemy. Będziemy też aktywnie uczestniczyć w pracach zespołu ds. reformy ubezpieczenia społeczno-emerytalnego.

Co jest nowego w prowadzonych przez NIL działaniach?

Dokonały się m.in. zmiany w pracy Ośrodka Doskonalenia Zawodowego, gdzie obok kontynuowanych projektów unijnych, postawiliśmy na rozwój nowoczesnych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystry. Warto na bieżąco śledzić ofertę szkoleń ODZ. Od początku tego roku działa też nowa strona internetowa NIL, która będzie wzbogacana o materiały wideo i nowe moduły. Po przerwie został reaktywowany newsletter w odmienionej szacie graficznej. Ukazuje się częściej niż jego poprzednik – teraz w rytmie tygodniowym. Zachęcam do jego subskrypcji. Po raz pierwszy Naczelna Izba Lekarska jest też obecna na Twitterze i stale poszerza grono obserwujących jej profil. Planujemy rozszerzać naszą obecność w mediach społecznościowych.

Powstał też Zespół ds. reformy systemu zgłaszania i rejestrowania zdarzeń niepożądanych i szkód w ochronie zdrowia, o którego powołanie apelował ostatni Krajowy Zjazd Lekarzy. To bardzo ważne przedsięwzięcie i chcielibyśmy, by do końca kadencji złożony został projekt nowej ustawy lub zmiany ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie pozasądowego rozstrzygania sporów w przedmiocie zdarzeń medycznych.

A co z nową siedzibą?

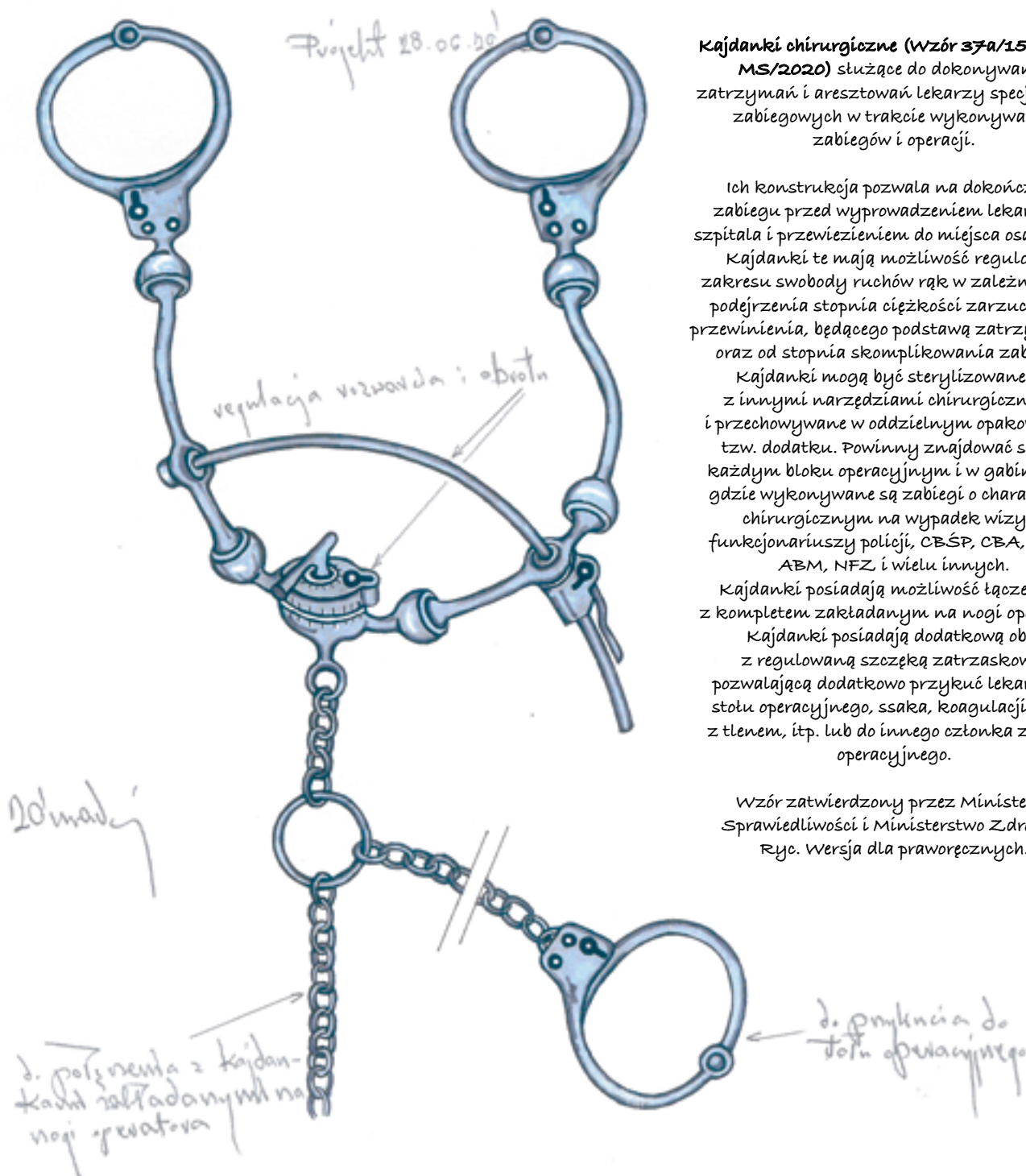
Ten plan właśnie wcielamy w życie. Jesteśmy dumni, że znaleźliśmy optymalne rozwiązanie również pod względem finansowym. Wszystko wskazuje na to, że przeznaczymy na realizowanie tej obietnicy tylko 20 proc. pierwotnie planowanych środków. Nie zmienimy adresu. Nadal będzie to Sobieskiego 110, ale dzięki podjętym decyzjom inwestycyjnym zwiększymy powierzchnię lokalową. Po odpowiedniej aranżacji organy Naczelnej Izby Lekarskiej wreszcie będą mogły pracować w odpowiednich warunkach. Będziemy mieć siedzibę godną rangi samorządu lekarskiego, który w przyszłym roku będzie przecież obchodzić stulecie. W powiększonej siedzibie będziemy mogli się spotykać, szkolić i integrować.

Te dwa lata to był dobry czas?

Były bardzo intensywne, a pandemia postawiła przed nami szczególnie trudne i zaskakujące wyzwania. Uważam, że jako środowisko im sprostał. Podobnie też poradziły sobie z projektami środowiskowymi. Dobrze układa się współpraca z samorządami zawodów zaufania publicznego. Mamy sojuszników w instytucjach takich jak RPO, RPP, a także pełną życzliwość środowisk eksperckich i naukowych. Wiele do życzenia pozostawia natomiast współpraca z instytucjami rządowymi oraz z Sejmem. Brakuje dialogu, partnerstwa, gotowości do sporu wokół argumentów, a przyczyną tego stanu rzeczy można upatrywać w postrzeganiu roli państwa i miejsca samorządu. Przez te dwa lata starałem się jak najlepiej reprezentować nasze środowisko i być jego głosem. Niekiedy trzeba było użyć mocnych słów, bo tego wymagała wyjątkowa sytuacja. Po prostu czasem tak trzeba. ■

O NOWELIZACJI KODEKSU KARNEGO Z PRZMURZENIEM OKA

z kącika czarnego humoru izbowego



Kajdanki chirurgiczne (Wzór 37A/155/MZ/MS/2020) służące do dokonywania zatrzymań i aresztowań lekarzy specjalności zabiegowych w trakcie wykonywania zabiegów i operacji.

Ich konstrukcja pozwala na dokończenie zabiegu przed wyprowadzeniem lekarza ze szpitala i przewiezieniem do miejsca osadzenia.

Kajdanki te mają możliwość regulowania zakresu swobody ruchów rąk w zależności od podejrzenia stopnia ciężkości zarzucanego przewinienia, będącego podstawą zatrzymania, oraz od stopnia skomplikowania zabiegu.

Kajdanki mogą być sterylizowane wraz z innymi narzędziami chirurgicznymi i przechowywane w oddzielnym opakowaniu, tzw. dodatku. Powinny znajdować się na każdym bloku operacyjnym i w gabinetach, gdzie wykonywane są zabiegi o charakterze chirurgicznym na wypadek wizyty funkcjonariuszy policji, CBŚP, CBA, ABW, ABM, NFZ i wielu innych.

Kajdanki posiadają możliwość łączenia ich z kompletem zakładanym na nogi operatora.

Kajdanki posiadają dodatkową obręcz z regulowaną szczęką zatraskową, pozwalającą dodatkowo przykuć lekarza do stołu operacyjnego, ssaka, koagulacji, butli z tlenem, itp. lub do innego członka zespołu operacyjnego.

Wzór zatwierdzony przez Ministerstwo Sprawiedliwości i Ministerstwo Zdrowia.

Ryc. wersja dla praworęcznych.

TARCZA ANTYKRYZYSOWA 4.0

#NieDlaZmianArt37aKK

22 czerwca prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę zwaną potocznie tarczą antykryzysową 4.0¹, która m.in. wprowadza zmiany do Kodeksu karnego, w tym zmianę art. 37a k.k. Ustawa weszła w życie 24 czerwca. Wprowadzone zmiany nie były konsultowane z samorządem lekarskim, w ogóle nie były przedmiotem konsultacji publicznych.

TEKST RAFAŁ HOŁUBICKI, RZECZNIK PRASOWY NIL

Należy podkreślić, że zmiany dotyczące Kodeksu karnego nie były zawarte w pierwotnym projekcie tarczy 4.0. Zostały one zgłoszone podczas posiedzenia sejmowej Komisji Finansów Publicznych przez posła PiS Wiesława Janczyka.

Powszechnie wiadomo, że ustawa nie powinna zmieniać lub uchylać przepisów regulujących sprawę, które nie należą do jej zakresu i się z nimi nie wiążą. Komisja ta, jak wiadomo, nie jest właściwa do opracowywania przepisów Kodeksu karnego.

18 czerwca Senat rozpatrzył projekt tarczy 4.0 i uchwalił do niej 126 poprawek. Przyjmując poprawki nr 21, 37, 38, 45, 61, 112 i 113, uznał, że zmiany przepisów ustawy – Kodeks wykroczeń, ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, nie powinny następować w trybie przewidzianym dla uchwalonej przez Sejm ustawy. Wszystkie poprawki Senatu w tej sprawie zostały jednak odrzucone.

INTERWENCJA

W PAŁACU PREZYDENCKIM

Zauważając kolejną próbę ukrytego zaostżenia odpowiedzialności karnej lekarzy i lekarzy dentyków za tzw.

błędy medyczne, prezes NRL Andrzej Matyja 22 czerwca wystosował pismo do Prezydenta RP z apelem o uniemożliwienie wejścia w życie nowelizacji art. 37a Kodeksu karnego. W swoim piśmie zwrócił uwagę m.in. na – mocno oprotetowaną przez Naczelną Radę Lekarską – próbę zwiększenia odpowiedzialności karnej za czyny opisane w art. 155 k.k., wprowadzoną rok temu na mocy ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw, która została zaskarżona przez Prezydenta RP do Trybunału Konstytucyjnego i do chwili obecnej nie zapadło w tej sprawie orzeczenie. W takiej sytuacji podejmowanie kolejnej próby zaostżenia odpowiedzialności karnej lekarzy nie powinno mieć miejsca.

Prezes NRL podkreślił również, że wprowadzone zmiany wzbudziły sprzeciw całego środowiska lekarskiego. Z uwagi na charakter czynności zawodowych, podejmowanych w celu ratowania życia i zdrowia pacjentów, lekarze są grupą zawodową, która nie jest wolna od ryzyka ponoszenia odpowiedzialności karnej. Lekarz, który dopuścił się błędu medycznego, musi wprawdzie liczyć się z poniesieniem konsekwencji swego czynu, wymierzana sankcja powinna być jednak sprawiedliwa, adekwatna do stopnia zawinienia i okoliczności, w jakich doszło do

popętnienia czynu oraz postawy lekarza. Sąd orzekający musi mieć zatem pozostawioną szerszą swobodę wymiaru kary wolnościowej.

Prezes NRL w omawianym piśmie podał również przykład specjalnych rozwiązań dla lekarzy i pracowników ochrony zdrowia w niektórych krajach, gdzie wprowadzono regulacje prawne zwalniające ich od odpowiedzialności za działania podejmowane w czasie epidemii.

Niestety, mimo przytoczonych w piśmie argumentów, prezydent Andrzej Duda podpisał ustawę o tarczy 4.0.

OBIETNICA NIE JEST PRAWEM

Reakcją na pismo prezesa NRL było zaproszenie na spotkanie ws. zapisów tarczy 4.0, wystosowane przez sekretarza stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości Marcina Warchoła. Do spotkania doszło 23 czerwca. Przedstawiciele samorządu lekarskiego zwrócili wówczas uwagę, że zawarta w ustawie zmiana Kodeksu karnego wzbudza duży niepokój lekarzy, obawiających się, że zaostżenie przepisów karnych może doprowadzić do pozbawienia wolności w sytuacji nieumyślnego błędu, a także częstsze niż do tej pory wyroki orzekania zakazu wykonywania zawodu.

– Nie ma najmniejszych podstaw do takich obaw, sytuacja prawna lekarzy, pielęgniarek i innych

FAKT

Jesteśmy świadkami kolejnej próby ukrytego zaostżenia odpowiedzialności karnej lekarzy i lekarzy dentyków za tzw. błędy medyczne.



“ 23 czerwca zdecydowano o rozpoczęciu akcji informacyjnej.

pracowników medycznych nie ulegnie zmianie – powiedział wiceminister Warchoł podczas spotkania. Jednocześnie zapewnił, że „nowelizacja nie pozbawia ani nie ogranicza sądu w możliwości wymierzenia kary wolnościowej za każdy czyn zagrożony karą pozbawienia wolności do 8 lat, a wyłącznie doprecyzowuje ten przepis. Wskazuje czytelne kryteria jego stosowania, nadal pozwalając na bardzo szerokie jego wykorzystanie”.

Trudno zgodzić się z zapewnieniami, że zapisy te nie będą zwiększać represji w stosunku do środowiska

lekarskiego i nie wpłyną na zasady orzekania kar w sprawach związanych z błędami, do których doszło podczas procesu leczenia. Przepisy obowiązują, a obietnice nie mają żadnej mocy sprawczej.

LEKARZU – NIE PODEJMUJ NADMIERNEGO RYZYKA

23 czerwca, w godzinach wieczornych, miało także miejsce nadzwyczajne posiedzenie Prezydium NRL oraz prezesów okręgowych rad lekarskich, podczas którego postanowiono o rozpoczęciu akcji informacyjnej o skutkach, jakie mogą przynieść wprowadzone zmiany w Kodeksie karnym.

W obliczu obowiązujących już przepisów samorząd lekarski będzie rekomendował lekarzom, aby niosąc niezbędną pomoc pacjentom, nie podejmowali nadmiernego ryzyka, które może prowadzić do poniesienia odpowiedzialności surowszej niż dotychczas w związku z wprowadzoną zmianą.

WŁASNY PROJEKT

Zgodnie z podjętymi ustaleniami 24 czerwca prezes NRL Andrzej Matyja przekazał ministrowi sprawiedliwości Zbigniewowi Ziobrze projekt ustawy przewidujący ograniczenie odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej osób wykonujących zawody medyczne za działania pozostające w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zapobiegania, przeciwdziałania lub zwalczania COVID-19. Projekt ten został przygotowany przez Prezydium NRL. Szczegółowe motywy przemawiające za przyjęciem proponowanej regulacji Prezydium NRL zamieściło w uzasadnieniu do projektu.

WYMOWNE MILCZENIE

Tego samego dnia prezes NRL zwrócił się do ministra zdrowia z prośbą o pilne przedstawienie stanowiska w kwestii zmiany przepisu art. 37a k.k. wprowadzonego przez tarczę antykryzysową 4.0. Zadał też pytanie Łukaszowi Szumowskiemu, dlaczego jako lekarz, pełniąc jednocześnie najważniejszą funkcję w systemie ochrony zdrowia, milczy w tej sprawie i nie staje w obronie lekarzy i bezpiecznych warunków wykonywania ich zawodu.

25 czerwca PNRL oraz prezesi ORL zaapelowali o zaprzestanie udawania, że nic się nie wydarzyło i o wprowadzenie stosownych zmian legislacyjnych. Dzień później, w ramach kampanii informacyjnej, na stronie internetowej NIL oraz jej profilu na Twitterze zamieszczono grafiki z hasłami wyrażającymi sprzeciw wobec zmian w art. 37a k.k.

Wszystkie działania podjęte przez samorząd lekarski znajdują się na stronie dedykowanej tarczy 4.0 – zapraszamy do szczegółowego zapoznania się ze wszystkimi informacjami. ■

#NieDlaZmianArt37aKK



¹Ustawa o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19, (Dziennik Ustaw – poz. 1086)

WEJŚCIE W ŻYCIE ZMIANY ART. 37A KK – JAK DO TEGO DOSZŁO?

Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o *dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19*, zwana potocznie tarczą antykryzysową 4.0, została podpisana przez prezydenta 22 czerwca br., a dzień później ogłoszona w Dzienniku Ustaw (poz. 1086). Ustawa weszła w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem niektórych przepisów. Art. 38 tej ustawy, wprowadzający zmiany do Kodeksu karnego, m.in. zmianę art. 37a k.k., obowiązuje od 24 czerwca br.

KONSEKWENCJE ZMIANY ART. 37A KK

Zmiana art. 37a Kodeksu karnego będzie miała wpływ na zasady wymierzania przez sądy kar za przestępstwa zagrożone karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, co obejmuje m.in. te przestępstwa, które mogą być popełniane przez lekarzy w związku z wykonywaniem zawodu, takie jak:

- nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.);
- nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 k.k.);
- narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 1 i 2 k.k.);
- nieumyślne sporządzenie fałszywej opinii przez biegłego lub eksperta w postępowaniu karnym lub cywilnym (art. 233 § 4a k.k.).

Wprowadzona zmiana nie oznacza automatycznie, że w każdej tego rodzaju sprawie będzie orzekana przez sąd kara pozbawienia wolności. Sąd nadal będzie mógł, np. warunkowo umorzyć postępowanie, warunkowo zawiesić wykonanie kary albo orzec zamiast kary pozbawienia wolności karę grzywny albo karę ograniczenia wolności – niemniej jednak po nowelizacji Kodeksu karnego sąd będzie miał mniejszą niż dotychczas swobodę orzekania.

W ocenie samorządu lekarskiego przekształcenie art. 37a k.k. znosi tzw. dyrektywę pierwszeństwa kary wolnościowej na rzecz priorytetu kary pozbawienia wolności. Wydaje nam się, że ewentualne odstępianie od wymierzenia kary pozbawienia wolności sąd będzie uzależniał od tego, jaka byłaby w danej sprawie wysokość kary pozbawienia wolności. Sąd, stosując przepis art. 37a, zapewne powinien najpierw, hipotetycznie, ustalić wysokość kary pozbawienia wolności, a dopiero potem – jeżeli uzna, że kara ta nie byłaby surowsza od roku – uzasadniać, dlaczego uważa, że zamiast tej kary wystarczającą będzie kara grzywny albo ograniczenia wolności (np. polegająca na potrącaniu od 10 proc. do 25 proc. wynagrodzenia na cel społeczny).

Ponadto, wymierzając karę grzywny albo karę ograniczenia wolności zamiast kary pozbawienia wolności, sąd będzie jednocześnie związany koniecznością orzeczenia środka karnego, środka kompensacyjnego lub przepadku, co w przypadku lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne może oznaczać m.in. orzeczenie czasowego zakazu wykonywania zawodu.

ZASTOSOWANIE ZMIANY ART. 37A KK DO CZYNÓW POPEŁNIONYCH PRZED 24 CZERWCA 2020 R.

W tarczy 4.0 brak jest szczególnych przepisów przejściowych odnoszących się do reguł stosowania art. 37a k.k. w sytuacji, gdy czyn zabroniony popełniony został przed wejściem w życie jego zmiany.

To naszym zdaniem oznacza, że do takiej sytuacji należy stosować ogólną zasadę wynikającą z art. 4 k.k., zgodnie z którą, jeżeli w czasie orzekania obowiązuje ustawa inna niż w czasie popełnienia przestępstwa, stosuje się ustawę nową, jednakże należy stosować ustawę obowiązującą poprzednio, jeżeli jest względniejsza dla sprawcy.

Ustawa względniejsza dla sprawcy to taka, która stwarza możliwość osądu korzystniejszego dla jego interesów – ocena taka musi być dokonana z uwzględnieniem okoliczności konkretnej sprawy i wszystkich przepisów Kodeksu karnego mogących mieć wpływ na rozstrzygnięcie.

Można więc przyjąć, że co do czynów popełnionych od dnia wejścia w życie przepisów tzw. tarczy 4.0, czyli od dnia 24 czerwca 2020 r., sądy będą stosowały przepisy k.k. w wersji uwzględniającej nową treść art. 37a i wiążące się z tym konsekwencje, natomiast do czynów popełnionych przed dniem 24 czerwca 2020 r. sąd będzie mógł zastosować przepis art. 37a w dotychczasowym brzmieniu, o ile uzna, że w okolicznościach danej sprawy jest to względniejsze dla sprawcy.



KRZYSZTOF MADEJ

Polityczna apolityczność

Felieton bieżący wielu odbierze jako utrzymany w konwencji „irytującej”. Mamy już okres wakacyjno-urlopowy, byłaby więc pogoda na zagadnienia lekkie i przyjemne, ale ja zamierzam zbliżyć się do tematu najcięższego w naszym samorządowym żywocie, wręcz ponurego, tj. relacji organów samorządu ze światem polityki.

A po drugie, swoje rozważania na powyższy temat zakończę pytaniem, na które pomimo 30 lat ciężkiego wysiłku umysłowego nie znajduję odpowiedzi.

W warunkach kampanii wyborczej, przed wyborami prezydenckimi, w której kandydatom stawiane są lub oni sami sobie stawiają najtrudniejsze pytania, a następnie na nie wszystkie z lekkością odpowiadają, taka deklaracja może być kłopotliwa dla piszącego te słowa i czytających, szczególnie tych, którzy w przeciwieństwie do mnie nie dostrzegają takich dylematów i mają w zanadrzu dużo różnych odpowiedzi.

A więc po kolei! Na początek przykład z życia wzięty dla zawiązania akcji. Niedawno do Naczelnej Izby Lekarskiej wpłynęło pismo od pewnego stowarzyszenia lekarskiego, sformułowane w tonie – jak to się niegdyś mówiło – niecierpiącym sprzeciwu. Stowarzyszenie to na liście rozmaitych swoich celów i pośród zadań statutowych (tak raczej bliżej początku tej listy niż jej końca) ma wpisane niezwykle wysokie idee, takie z obszaru etyki, moralności

i szczególnych form integracji społecznej, oparte na górnolotnych przesłankach.

W piśmie wyrażone było oczekiwanie, że samorząd lekarski udzieli moralnego wsparcia i weźmie w obronę pewnego polityka (samo zresztą publicznie nie wystąpiło w jego obronę). Głównym argumentem, dla którego samorząd lekarski miałby instytucjonalnie bronić tegoż polityka przed innymi, pewnie w dużej mierze opozycyjnie nastawionymi uczestnikami życia politycznego, było to, że polityk ów na dokładkę jest lekarzem. Polityk ten nie przez wszystkich członków naszej korporacji oceniany jest pozytywnie. Powiem nawet eufemistycznie, że wielu konsyliarzy jakoś nie ceni sobie jego misji politycznej, a także różnych innych jego okoliczności osobistych, niekoniecznie z polityką związanych. Jak nauczył mnie kiedyś prof. Bolesław Górnicki (a „wygooglujcie” sobie koteczki*, kto zacz?), w języku wyższej dyplomacji międzyludzkiej stwierdzenie, że się kogoś nie ceni, jest najwyższą formą deprecjacji tej osoby. A poza tym – polityk po to jest politykiem, żeby zwyciężać w wyborach, a więc brutalnie pokonywać swoich przeciwników, a następnie sprawować zdobytą władzę, dalej wojując ze swoimi oponentami, jeśli ci w dalszym ciągu podskakują. Gorzej, jeśli polityk w tym zapale bitewnym wojuje ze społeczeństwem, opinią publiczną oraz własnym zapleczem środowiskowym, ale i to się zdarza.

Samorząd, jak to samorząd, odpisał temuż stowarzyszeniu, że gotów jest bronić każdego członka korporacji lekarskiej wtedy, gdy dzieje mu się obiektywna krzywda, szczególnie gdy związana jest z wykonywaniem zawodu i w związku z organizacją sposobu wykonywania tegoż zawodu. Jednak krzywda polityka (i jego cierpienia), który

“

Emocje, jak wiadomo, pędzą na oślep przed chłodnym racjonalizmem.



Ponieważ samorząd zawodowy nie ma mocy sprawczej w kreowaniu rozwiązań administracyjnych w skali państwa, a zdolność tę ma świat polityki, to z konieczności stajemy się klientami, partnerami, wrogami, sojusznikami lub zakładnikami w grze politycznej.

doznaje ciosów od swoich oponentów, jest nieco odmienna. Od polityka oczekujemy wypełniania tych norm i realizacji tych zadań, które akceptujemy i których oczekujemy, a gdy oceniamy sytuację inaczej, czyli sytuujemy się po stronie opozycji w stosunku do niego, to uznajemy prawo do ataku na niego, swojego lub innych. Odpowiedź więc zawierała całą litanię zawiedzionych oczekiwań, niespełnień i grzechów (wg nas) tegoż polityka.

Emocje, jak wiadomo, pędzą na oślep przed chłodnym racjonalizmem. A więc najpierw zdziwienie i konsternacja. Trudno było bowiem znaleźć wyjaśnienie dla oczekiwania wsparcia moralnego dla gracza politycznego, gdy znalazł się w sytuacji otwartego i bardzo dynamicznego konfliktu. Dlaczego stowarzyszenie „moralnościowe” chce bronić człowieka, który bierze udział w grze, która z moralnością nie ma wiele wspólnego? I nagle objaśnienie siłące się na racjonalność. Toż tu nie chodzi o żadną obronę przed krzywdą moralną naszego kolegi, tu chodzi o walkę polityczną. Ponieważ skoro polityk ów jest reprezentantem obozu politycznego, który my popieramy, to należy bronić go przed atakami obozu, który nam się nie podoba. I jeszcze udzielać wsparcia moralnego, bo skoro jest lekarzem, to wszelkie jego działania z pewnością (i z natury rzeczy) mają ten wyróżnik etyczny?

To jest właśnie przykład tego podstawowego dylematu, w który jesteśmy uwikłani. Dylematu pomiędzy misją stanu lekarskiego a praktyką polityki. Ponieważ samorząd zawodowy nie ma mocy sprawczej w kreowaniu rozwiązań administracyjnych

w skali państwa, a zdolność tę ma świat polityki, to z konieczności stajemy się klientami, partnerami, wrogami, sojusznikami lub zakładnikami w grze politycznej. Z racji tego, że świat polityki jest obecnie bardzo podzielony (zresztą podziały te na całym świecie ostatnio ulegają pogłębieniu), a i nasze środowisko lekarskie w swoich wyborach politycznych też – podobnie jak całe społeczeństwo – jest podzielone, to gra w tych rolach, które wcześniej wymieniłem, tworzy bardzo trudną do opowania mozaikę dynamizmów.

A sprawa wbrew pozorom jest bardzo poważna i zdolność kogoś w państwie do kreacji systemotwórczej ma podstawowe znaczenie. Gdyby system ochrony zdrowia w Polsce miał stabilność ustrojową, administracyjną i finansową – taką, jaką ma system bankowy, niektóre kręgi systemu ubezpieczeniowego i niektóre obszary gospodarki – i do sprawnego funkcjonowania potrzebował tylko drobnych korekt, wynikających ze zmieniających koniunktur, nie byłoby problemu. Są takie państwa na świecie, w których normalne życie polityczne, ze wszystkimi swoimi wybrykami, usytuowane jest w bezpiecznym dla państwa dystansie od władzy administracyjnej. Ale nie u nas. Dobrym tego przykładem jest system ochrony zdrowia, który znajduje się w nieustającym kryzysie ustrojowym i strukturalnym i bez pomysłu na wyjście z tego kryzysu, a za to podlegający paroksyzmom polityki. Szczególnie dobrym tego przykładem jest galeria ministrów zdrowia, która przez ostatnie 30 lat przemknęła przez Miodową (próba badawcza autora to 19 osób). To na ogół twardzi funkcjonariusze swoich ugrupowań politycznych, silnie zideologizowani, w więc nieskorzy do dialogu środowiskowego, pewnie z obawy o utrzymanie czystości doktrynalnej w służbie partii, która ich awansowała.

A co w tym wszystkim może samorząd? Od chwili reaktywacji powtarza się, że najwyższą cnotą samorządu jest, lub powinna być, jego apolityczność. Mówi się, że samorząd nie jest stowarzyszeniem, nie jest związkiem zawodowym i nie jest partią polityczną. Jest czymś innym, co ma mu gwarantować neutralność w stosunku do licznych organów życia publicznego. No i szczególnie autorytet. Z drugiej strony, jak się patrzy na zadania wymienione w ustawie o izbach lekarskich (24 punkty), samorząd ma kompetencje stowarzyszenia w postaci integracji, a także różnych form opieki i pomocy swoim



Są takie państwa na świecie, w których normalne życie polityczne usytuowane jest w bezpiecznym dla państwa dystansie od władzy administracyjnej.

członkom, oraz związku zawodowego, bo opiniuje warunki pracy i płacy, oraz partii politycznej, bo chce i teoretycznie może wpływać na systemowe rozwiązania ogólnokrajowe w ochronie zdrowia. Jak na razie tylko teoretycznie. Przez to samorząd jest potencjalnym partnerem i potencjalnym wrogiem. Częściej wrogiem, bo stając się konkurentem, wchodzi się w pozycję wroga.

To trudne pytanie, które chciałem postawić na koniec, brzmi: czy samorządowi udałooby się, na jakichś warunkach, ale żeby jednak mieć wpływ na bieg spraw w ochronie zdrowia w państwie, i aby urwać się z tego chocholego tańca z kolejnymi falami sezonowych uzdrowiaczy medycyny? Ono pociąga za sobą kolejne. Co należy zrobić, aby przestać się umizgiwać do świata polityki? Tymczasem staramy się zmusić polityków prośbą, przyznawanym sobie autorytetem, siłą argumentacji, w którą sami wierzymy święcie, lub groźbą (strajki, protesty wszelkiego rodzaju, marsze uliczne) do przyjęcia koncepcji obiektywnie słusznych, bo wynikających ze społecznej służby

zapobiegania chorobom i pomocy chorym członkom naszego społeczeństwa. Czy słusznym byłoby poszukiwanie jednej linii programowej, jednego modelu strukturalnego i jednego zespołu nieprzekraczalnych norm, które powinny być odniesieniem do każdorazowej oceny kolejnych politycznych sezonów, bez proszenia się o uznanie i może jakieś łaskawe ustępstwa? Czy możliwy jest taki program dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, który nie podlegałby żadnym negocjacjom ze strony samorządu? A świat polityki zawsze by wiedział, że jego działania będą publicznie oceniane w odniesieniu do tego programu. Jest zgodność, jest poparcie, nie ma zgodności, jest odrzucenie. A może jest to mrzonka, bo środowisko lekarskie jest już tak rozwarstwione i podzielone, że żadne zmiany, które mogłyby naruszyć nabyte przywileje, nie wchodzi w rachubę i wszystko musi pozostać po staremu?

Czy możliwa jest ocena polityki medycznej w świetle norm Kodeksu Etyki Lekarskiej?

Ileż to razy organa samorządu lekarskiego próbowały zdefiniować swoisty i odmienny rodzaj powinności polityków lekarzy, między innymi próbując stawiać ich przed korporacyjnym wymiarem sprawiedliwości, gdy ich działania jako polityków szkodziły medycynie i obywatelom. Nie udało się nigdy zdefiniować, w których obszarach powinności polityka i lekarza mogą być realizowane rozłącznie, a w których tej granicy być nie może. A szkoda, bo wówczas lekarzom, którzy podejmują się ról politycznych, i ich partiom byłoby łatwiej żyć i działać (i trudniej). ■

“

**Jest zgodność,
jest poparcie,
nie ma zgodności,
jest odrzucenie.**

*Proszę nie obrażać się na tę poufałość, to cytat ze Stefana Kisielewskiego, który często tak zwracał się do swoich czytelników, gdy zadawał im jakąś zagadkę.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Odpady: będzie taniej?

W połowie czerwca w siedzibie Opolskiej Izby Lekarskiej doszło do spotkania, podczas którego rozmawiano o problemach związanych z realizacją umów na odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych.

Izba zamierza rozpocząć negocjacje z odbiorcami odpadów medycznych dotyczące warunków nowych umów, które miałyby obowiązywać od stycznia 2021 r.

– Uważamy, że działanie w imieniu wszystkich członków naszej izby,

a więc działanie grupowe, pozwoli nam wynegocjować korzystniejszą umowę, zarówno w odniesieniu do cen odbioru odpadów, jak i poszczególnych zapisów tej umowy dotyczących m.in. nienależytego jej wykonywania oraz warunków rozwiązania umowy – informuje na łamach wakacyjnego wydania „Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej” prezes ORL Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Osoby, które chciałyby wziąć udział w tej inicjatywie, mogą się zgłaszać do izby do 24 lipca br. (e-mail: opole.praktyki@hipokrates.org, tel.: 77 454 59 39). Co ważne, posiadanie obowiązującej umowy na odbiór odpadów medycznych nie jest przeszkodą. ■



Zwolnienie z opłacania składki

ORL Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie zadecydowała, że członkowie tej izby mogą być zwolnieni z obowiązku opłacania izbowej składki – dotyczy to tych lekarzy i lekarzy dentystów, którzy w czasie stanu epidemii wirusa SARS-CoV-2 zwiesili prowadzenie działalności gospodarczej.

Aby skorzystać ze zwolnienia, należy złożyć w izbie odpowiedni wniosek wraz z dokumentem potwierdzającym dokonanie zgłoszenia o zawieszeniu działalności gospodarczej do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej oraz okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów. Zwolnienie obowiązuje na okres trzech miesięcy. ■

Strefa zero w obiektywie ŚIL



Piotr Biernat, redaktor biuletynu Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Medico”, wraz z fotoreporterką Wiką Kot weszli do „strefy zero”, by udokumentować to, co dzieje się za zamkniętymi drzwiami oddziału zakaźnego. W fotoreportażu pokazali wymagającą pracę personelu medycznego, który od połowy marca opiekuje się chorymi na COVID-19. Pełna fotorelacja z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Megrez Sp. z o.o. w Tychach, który został przemianowany na szpital jednoimienny, dostępna jest w „Pro Medico” i na stronie internetowej ŚIL. ■

Kursy online dla wielkopolskich stażystów

Wielkopolska Izba Lekarska opracowała w formie online kursy z zakresu prawa medycznego, bioetyki oraz orzecznictwa lekarskiego dla lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów, których odbycie jest obowiązkowe w trakcie stażu podyplomowego. Izba zelektronizowała na te szkolenia cały proces rekrutacji i zapisów. Dzięki wprowadzonemu rozwiązaniu stażyści mogą odbywać kursy bez wychodzenia z domu. ■

OIL Gdańsk: setne urodziny profesora

Profesor Antoni Hlawa – wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Ortopedycznej Akademii Medycznej w Gdańsku, w latach 1990-1997 okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej OIL w Gdańsku, odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i Medalem Komisji Edukacji Narodowej, skończył 100 lat.

„W imieniu całej społeczności lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku składamy Panu Profesorowi wyrazy głębokiej wdzięczności i szacunku” – napisał prezes ORL Dariusz Kutella w liście do jubilat, opublikowanym w czerwcowym numerze „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego”. ■

LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Nadeszła wojna...

W sierpniu 1939 r. znaczną część spośród 12 tys. polskich lekarzy powołano do wojska. Ówczesny samorząd lekarski miał świadomość zmian, jakie przyniesie zbliżający się konflikt zbrojny.

Liczono jednak, że po ustaniu walk będzie mógł kontynuować działalność, ale w nowej rzeczywistości okazało się to niemożliwe. Lekarze nie uniknęli prześladowań, obozów, piekła powstania warszawskiego. Nawet w najtrudniejszych warunkach nie przestawali leczyć. Ratowali ludzkie życie, ryzykując własne. Licznie i wyraziście zaznaczyli swój udział w II wojnie światowej.

STAN ZAWIESZENIA

W 1938 r. zaświtała nadzieja, że lekarzom będzie żyło się lepiej. Doszło do konsensusu z rządem w sprawie płac dla zatrudnionych w państwowych ubezpieczalniach. Podwyżka miała wejść w życie w 1939 r. i była negocjacyjnym sukcesem. Sytuację poprawić miała także wprowadzona w 1939 r. ustawa zdrowotna, która reformowała system administracji lekarskiej.

“

Pod koniec września do Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Koszykowej w Warszawie w mundurze Wehrmachtu wkroczył doktor Schrempf, który pełnił funkcję niemieckiego komisarza.

Wprawdzie po ustaniu walk izby lekarskie podjęły próby wdrażania tych postanowień w życie, trwało to jednak krótko. Pod koniec września



Oddział V Okulistyczny Szpitala Ujazdowskiego, lata 1940-41

do Naczelnej Izby Lekarskiej przy ul. Koszykowej w Warszawie w mundurze Wehrmachtu wkroczył doktor Schrempf, który pełnił funkcję niemieckiego komisarza.

Alina Guzowska, pracownica biura NIL, która była świadkiem tych wydarzeń, opisała je tak: „Z teutońskim wrzaskiem i w licznej asyście Schrempf wkroczył w progi siedziby izby. Z butą trząsał nam rękawiczkami przed nosem i nakazał natychmiastowe sporządzenie listy lekarzy. Zapowiedział, że jeśli nie wykonamy rozkazu, rozstrzela prezesa. Pamiętam, że pracowaliśmy trzy dni i trzy noce, aby taką listę sporządzić, ale hitlerowiec zażądał także bilansów oraz zestawień finansowych”.

Były one wydrukowane w Dzienniku Urzędowym Izby Lekarskiej,

więc prof. Mieczysław Michałowicz, ówczesny prezes NIL, przedstawił je Schrempfowi, ale to Niemca jeszcze bardziej rozwścieczyło. Wrzeszczał, że dokumenty są sfałszowane, by ukryć majątek podlegający konfiskacie wojennej, na co prof. Michałowicz ze spokojem i godnością odparł, że dokumenty są autentyczne, a on jest specjalistą chorób dzieci, a nie buchalterem i choć nie wie, jaką specjalizację reprezentuje komisarz jako lekarz, to sądzi, że na bilansach i finansach obaj się nie znają. Zaproponował, aby wydelegował rzeczoznawcę, a izba ze swej strony wyznaczy buchaltera, którzy wspólnie ustalą, czy bilanse są prawdziwe, czy nie. I, o dziwo, Schrempf przycichł i się zgodził. To był ostatni ruch samorządu



lekarskiego. Kilka tygodni później przestał istnieć. Prof. Michałowicz został aresztowany i osadzony na „Pawiaku”, później trafił do obozu na Majdanku.

SZPITAL UJAZDOWSKI

Z wojną, ruchem oporu i w końcu powstaniem warszawskim jest



związany nieistniejący już dziś Szpital Ujazdowski, który przez cały okres dwudziestolecia międzywojennego służył wojsku. W 1922 r. powstała tu Szkoła Podchorążych Sanitarnych, w której kształcili się późniejsi lekarze wojskowi. Pierwszym komendantem podchorążówki medycznej był generał Stefan Hubicki, który w samorządzie lekarskim III kadencji pełnił funkcję przewodniczącego Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Do wybuchu wojny SPS wykształciła 474 lekarzy. Wszyscy trafili na front. Jednak Szpital Ujazdowski, a od 1940 r. Szpital Miejski, jest przede wszystkim kojarzony z płk. dr. Leonem Strehlem, ps. „Feliks”, który od kwietnia 1940 r. do wybuchu powstania warszawskiego był jego komendantem. Zarządzał też Szpitalem Maltańskim przy ul. Senatorskiej, który był jego filią. Całe swoje zaangażowanie skupiał na

płk dr Leon Strehl, ps. „Feliks”

ratowaniu ludzi działających w konspiracji. To tutaj wyrabiano dla nich fikcyjne dokumenty i karty chorobowe. To tutaj zatrudniano i chroniono wielu lekarzy związanych z walczącym podziemiem. Sam był szefem sanitarnym Komendy Głównej AK.

EWAKUACJA RANNYCH

Płk. dr Leon Strehl w czasie powstania warszawskiego uratował personel obu tych szpitali oraz rannych, ewakuując ich w powstańczy rejon Śródmieścia. Zdarzenia te udokumentowali lekarze: dr Szczepan Wacek, w tym czasie kierownik przychodni Szpitala Ujazdowskiego, i dr Hanna Odrowąż-Szukiewicz, wspominając je tak: „1 sierpnia Niemcy wtargnęli na teren szpitala, nakazując bezzwłoczną ewakuację. 6 sierpnia nastąpił wymarsz ulicami Górnośląską, Myśliwiecką ku Czerniakowskiej. Na przedzie niesiono flagi Czerwonego Krzyża, za nimi posuwał się czworobok ciężko chorych dźwiganych na noszach, dalej chorzy chodzący, pracownicy

Ewakuowany Szpital Maltański; Warszawa, sierpień 1944 r.

1210

- szacuje się, że tylu lekarzy brało udział w powstaniu warszawskim.

szpitalni i ich rodziny, 350 byłych zakładniczek zwolnionych z Gestapo, inwalidzi, a na końcu 5 wozów ze sprzętem szpitalnym, apteką i kasą z pół milionem złotych. Pochód liczył 1831 osób i szedł wśród szyszan ze strony Niemców, m.in. zatrzymano cały tabor, a osobę z personelu sanitarnego, która się do niego zbliżyła, zastrzelono. Ranni i chorzy znaleźli schronienie w klasztorze sióstr Rodziny Marii przy ul. Chełmskiej i w sąsiadującym z nim zakładzie „Rago”. Ewakuowany Szpital Maltański dotarł z Woli do Śródmieścia 14 sierpnia. Dr Strehl, dzięki doskonałej znajomości języka niemieckiego i zdecydowanemu działaniu, uratował wówczas 200 osób.

GODZINA „W”

We wprowadzeniu do książki „Medycyna w Powstaniu Warszawskim” Haliny Jędrzejewskiej ps. „Sławka” i Jerzego Jurkiewicza można przeczytać, że na godzinę „W” służby

“

Pod koniec powstania pracowali przy lampie karbidowej, a nawet świeczce. Do historii przeszła trepanacja czaszki przeprowadzana w piwnicy szpitala na ul. Wspólnej.

medyczne były przygotowywane przez całe lata okupacji. Kadre konspiracyjnej Służby Zdrowia AK stanowili lekarze wojskowi i cywilni. Niektórzy nabywali swoje umiejętności w tajnych uczelniach medycznych. Wielką rolę w ich szkoleniu odegrały szpitale warszawskie: m. in. Szpital Wolski, Szpital Maltański, Szpital Przemienienia Pańskiego i Szpital Ujazdowski, w którym pracowało wielu wybitnych lekarzy różnych specjalności, m.in. doc. Jan

Krotoski, doc. Teofil Kucharski, prof. Jan Szmurło, prof. Adam Wrzosek.

Lekarze zaprzysiężeni w AK byli przewidziani na godzinę „W” do służby w swoich macierzystych placówkach. Jednak wielu z nich nie udało tam dotrzeć na czas, włączali się więc do pracy w tych szpitalach, w pobliżu których znaleźli się w momencie wybuchu powstania. Najwięcej było chirurgów (99) i to oni, ze zrozumiałych względów, odegrali główną rolę w tym dramacie. W jednym ze szpitali chirurg operował, mimo że została zburzona ściana sali operacyjnej. Prześcierałami osłaniano pole operacyjne przed sypiącym się tynkiem. Pod koniec powstania pracowali przy lampie karbidowej, a nawet świeczce. Do historii przeszła trepanacja czaszki przeprowadzana w piwnicy szpitala na ul. Wspólnej.

To byli wybitni lekarze, m.in. prof. Józef Marian Grzybowski, prof. Leon Manteuffel-Schoege, doc. Jan Zaorski, prof. Jan Kossakowski, doc. Jan Mosakowski i doktorzy: Henryk Cetkowski, Tadeusz Chroboli, Alojzy Maciejewicz, Cyryl Mockało, Józef Marian Piasecki, Jerzy Szulc, Czesław Narokowicz, Bronisław Stroński, Zygmunt Ambros, Stefan Wesołowski, Tadeusz Bętkowski i wielu, wielu innych.

DAWALI Z SIEBIE WSZYSTKO

Szacuje się, że w powstaniu warszawskim brało udział 1210 lekarzy, 19 stomatologów, wśród których szczególnie zapamiętano dr Irenę Semadeni, lekarza dentystę o wielkiej odwadze i determinacji, oraz 6800 pielęgniarek i sanitariuszek. Pracowali w 225 szpitalach, w około 120 jednostkach polowych i ponad 200 punktach opatrunkowych. Obok chirurgów, którzy działali na pierwszej linii frontu, służbę pełnili interniści (41), np. prof. Zdzisław Górecki, dr Andrzej Biernacki, dr Józef Wiloch, dr Janina Misiewicz, dr Piotr Załęski, a także okuliści, laryngolodzy, neurologi, psychiatry, ftyzjatriści, radiolodzy, anatomici i anatomopatolodzy, epidemiolodzy i bakteriologowie. Trzeba pamiętać, że podczas powstania rodziły



1. Rannego chłopca w szpitalu polowym kompanii „Koszta” w kamienicy przy Moniuszki 11 opatrują: por. dr Mirosław Vitali „Jerzy” i jego żona dr Maria Vitali „Rysia” (w białym fartuchu); Warszawa, 8 sierpnia 1944 r.

2. Polski lekarz i niemiecki żołnierz podczas rozmowy przed szpitalem, sierpień 1944 r.





Niemcy bezwzględnie niszczyli miejsca, w których udzielano pomocy medycznej powstańcom. Znak Czerwonego Krzyża nie tylko nie chronił, ale naprowadzał wroga na cel.

się także dzieci. Służbę powstańczą pełniło więc 27 ginekologów, m.in. prof. Adam Czyżewicz, dr Małgorzata Serini-Bulska, dr Kazimierz Marzinek, dr Alina Zawadzka-Rużyło, dr Ludwik Zatrski i 15 pediatrów, m.in. prof. dr med. Janusz Zeyland, doc. Jan Bogdanowicz, dr Rajmund Barański.

PEŁNY PROFESJONALIZM

Niezależnie od specjalności, byli niezbędni i wykazywali pełny profesjonalizm. Epidemiolog dr Józef Głogowski, ps. „Żubr”, zastępca szefa sanitarnego zgrupowania „Kryśka”, w pierwszych dniach powstania prowadził zwiad epidemiologiczny i badanie jakości wody, podejmując działania zapobiegające epidemii czerwonki i duru. Po stwierdzeniu kilkunastu przypadków tej choroby, powołał w szkole podstawowej przy ul. Wilanowskiej oddział zakaźny szpitala polowego nr 3 „Okrąg”.

Dr Michał Białokoz na ul. Wilczej, potem Żurawiej, zorganizował i prowadził szpitalik gruźliczy wyposażony we własne laboratoria i pracownię, w których leczono gruźlicę, łącznie z dopełnianiem odm. W Śródmieściu Południowym prof. Feliks Przesmycki zorganizował m.in. szpital zakaźny dla chorych na płonicę i kolumnę sanitarną, której zadaniem było przeprowadzanie dezynfekcji i kontrola stanu sanitarnego posesji. Radiolog doc. Witold Zawadowski w swoim mieszkaniu uruchoił pracownię radiologiczną dla powstańców i ludności cywilnej. Prof. Jerzy Szulc, naczelny chirurg szpitala nr 100 na Żoliborzu, w opracowaniu pt. „Szpitale powstańcze południowej części Żoliborza” napisał, że w ciągu dwóch miesięcy walk jego zespół wykonał 780 operacji, i spośród rannych z postrzałami jamy

brzuszej przeżyła ponad połowa.

Niemcy bezwzględnie niszczyli miejsca, w których udzielano pomocy medycznej powstańcom. Znak Czerwonego Krzyża nie tylko nie chronił, ale naprowadzał wroga na cel. Zespoły medyczne zmuszone więc były przenosić rannych do piwnic. Z czasem brakowało wszystkiego, co potrzebne do ich ratowania.

GINĘLI, TRWAJĄC PRZY RANNYCH

Operacje odbywały się w prawdziwie wojennych warunkach. W walkach ginęli więc także lekarze. Szacuje się, że życie straciło 62, w tym 15 kobiet. Mordowani byli pojedynczo i grupowo. Światowej sławy uczonej prof. Janusz Zeyland, ordynator Szpitala Wolskiego, i dr Józef Marian Piasecki, chirurg, dyrektor Szpitala Wolskiego, zostali zastrzeleni razem z towarzyszącym im kapłanem szpitala, księdzem Kazimierzem Ciecierskim. Chwilę później ze Szpitala Wolskiego Niemcy wyprowadzili rannych i personel, których rozstrzelali na rogu ulic Górczewskiej i Zagłoby na tzw. Moczydło. Wśród nich znaleźli się: prof. Józef Grzybowski, dr med. Olgierd Sokołowski, dr Stanisław Chwojka i dr Kazimierz Drozdowski, sześciu medyków ze szkoły doc. Zaorskiego oraz felczer Szpitala Wolskiego, Stanisław Łempicki.

Po wtargnięciu Niemców 5 sierpnia do Szpitala św. Stanisława został zamordowany dr Jan Barcz. Tak zginęła w Szpitalu św. Łazarza dr Lucyna Szczepańska, która na kilka godzin przed wejściem Niemców dotarła tam, żeby pomagać w ratowaniu rannych.

Przy stole operacyjnym, trafiony przez snajpera, zginął dr Ładysław Piotrowski w szpitalu

w Warszawskiej Szkole Pielęgniarek przy ul. Koszykowej. Dr Tadeusz Kaszubski zmarł ranny odłamkiem granatnika w szpitalu polowym przy ul. Marszałkowskiej, a doc. Piotr Słonimski w Szpitalu Sióstr Elżbietanek.

Wielu lekarzy poległo w czasie bombardowania szpitali i punktów sanitarnych: prof. Edward Loth i jego żona dr Jadwiga oraz dr Irene Dębska i komendant sanitarny Sadyby kpt. dr Czesław Melchior Szczubefek. W czasie bombardowania budynku ZUS przy ul. Czeraniakowskiej zginęli komendant zainstalowanego tam szpitala kpt. prof. Zygmunt Górecki, dr Tatiana Dziewanowska wraz z mężem dr. Mikołajem Dziewanowskim, dr Wanda Kozakiewicz-Grocholska, dr Zofia Joanna Pęska-Mizerkowska i dr Stanisław Trawiński, który w tym czasie operował rannego powstańca. Kilku lekarzy zostało zamordowanych w czasie ewakuacji szpitali: dr Włodzimierz Kmicikiewicz ze Szpitala Karola i Marii, a także dr Grzybowska, śmiertelnie ranna w czasie ewakuacji Szpitala Dzieciątka Jezus.

Wielki heroizm i odwagę wykazywali lekarze, którzy po wycofaniu się powstańców i ewakuacji rannych zostawali dobrowolnie z pacjentami, których nie można było transportować. Dr Halina Maria Jankowska, psychiatrę, pozostała na Starówce w Szpitalu Jana Bożego i zginęła razem z chorymi. Z rannymi pozostała także w szpitalu w Państwowej Wytwórni Papierów Wartościowych na ul. Sanguszków dr Hanna Petrynowska, która została zamordowana. Lekarze ginęli także w czasie wynoszenia rannych z płonących i ostrzeliwanych szpitali. Wielu z nich po powstaniu trafiło do obozów koncentracyjnych. Część przeżyła koszmar wojny. Do dziś żyje bardzo wielu medyków powstańców, np. Halina Wołowicz, Anna Stupnicka-Bando, Mieczysław Buczkowski, Krystyna Kiełczyńska-Prekier, Halina Jędrzejewska. Dają oni świadectwo tamtych wydarzeń. ■

780

- tyle operacji w ciągu dwóch miesięcy walk wykonał zespół prof. Jerzego Szulca, naczelnego chirurga szpitala nr 100 na Żoliborzu; spośród rannych z postrzałami jamy brzusznej przeżyła ponad połowa.

ŹRÓDŁA: ZYGMUNT WIŚNIEWSKI, „LEKARZE I IZBY LECARSKIE W DRUGIEJ RZECZYPOSPOLITEJ”; ORAZ „LEKARZY ŁOŚY WOJENNE”; DR HALINA JĘDRZEJEWSKA, PS. „SŁAWKA”, „LEKARZE POWSTANIA WARSZAWSKIEGO” I OPRAWOWANIE „MEDYCYNĄ POWSTANIA WARSZAWSKIEGO”.

ŚWIADKOWIE HISTORII

Oni tam byli

Część medyków niosących pomoc rannym podczas powstania warszawskiego przeżyła, ale do dziś przetrwali bardzo nieliczni. Jak zapamiętali tamten bardzo trudny czas?

KRYSTYNA KIEŁCZYŃSKA-PREKIER, ps. „Stella” (96 lat), lekarz pediatra

W chwili wybuchu powstania byłam w I klasie liceum, lekarzem zostałam po wojnie, ale już wtedy – jako 14-letnia sanitariuszka wraz z lekarzami niosłam medyczną pomoc powstańcom. Brałam udział w walkach na Starym Mieście, Powiślu i Śródmieściu. Byłam wcielona do 12. Kompanii por. Oppenheima (Wacława Kosickiego) batalionu por. Dzika (Tadeusza Okolskiego) zgrupowania mjr. Roga (Stanisława Błaszczaka). Komentką drużyny sanitarnej była „Iza” (Izabela Bowbelska-Zajczkowska).

O godzinie „W” zgłosiłam się na ul. Przejazd do punktu sanitarnego w Ratuszu. W przestronnym pomieszczeniu biurowym na parterze umieszczono żelazne łóżka z materacami przygotowanymi dla rannych. Pierwsza noc była

spokojna. Rano wszczęto zaciekle walki o Pałac Blanka. Powstańcy uderzyli od Daniłowiczowskiej, przez podziemnia Ratusza do piwnic Pałacu i od Placu Teatralnego na główną bramę obiektu. Huk rozrywających się granatów, serie wystrzałów z peemów, krzyki, wrzawa, i pałac, mimo bardzo silnego oporu Niemców, został zdobyty. Byli po obu stronach zabici, ranni i wzięci do niewoli.

W trakcie nieustającej strzelaniny 4 sierpnia byliśmy wezwane do rannych w pałacu. Między Ratuszem a Pałacem Blanka był wysoki mur i po desce z trudem wdrapałam się na wysokość pierwszego piętra. Byliśmy trzy i jedna starsza sanitariuszka „Nita” (Janina Grzybowska). Ranny leżał w zdobytym zachodnim skrzydle pałacu, na pierwszym piętrze, pod oknem od strony Placu

Teatralnego, w kawałkach szkła z potłuczonych szyb okiennych, luster i odłamkach tynku. Pod strzałem niemieckim z różnych stron czołgałyśmy się do niego. Kule, które przelatywały przez otwory okienne, odbijały się od ściany i uniemożliwiały swobodne poruszanie się. Pierwsza doczołgałam się do rannego powstańca. Z lewej strony głowy miał ranę wielkości pięciozłotówki, w której prześwitywał mózg. Rana nie krwawiła, twarz była śmiertelnie blada. To był drobny blondyn, którego z trudem ułożyłyśmy na noszach, same będąc w pozycji półleżącej. Był jeszcze jakiś mężczyzna, który pomagał nam przenieść go przez mur do punktu sanitarnego w Ratuszu. Potem dowiedziałam się, że ranny to młody poeta, Krzysztof Kamil Baczyński. ■

HALINA JĘDRZEJEWSKA, ps. „Sławka” (94 lata), specjalista w zakresie chirurgii urazowej i ortopeda

W czasie powstania miałam 16 lat i byłam sanitariuszką. Należałam do patrolu sanitarnego przy dowódcy batalionu „Miotła” (kpt. Niebory). Walczyłam na Woli, Starym Mieście, Czerniakowie i Książęcej. Nasz patrol sanitarny liczył pięć osób i był skoszarowany na ul. Żurawiej w mieszkaniu koleżanki. Kiedy tam dotarłam, zobaczyłam ją w drzwiach, już wychodziła. Ja musiałam wrócić do domu, bo nie miałam torby sanitarnej, a nie wiedziałam, że to godzina „W”. Na Okopowej było już

słychać strzały, motorniczy zatrzymał tramwaj i nas wszystkich wypuścił. Wpadłam w ulicę Wolność, gdzie był punkt koncentracji. Zdążyłam.

Już w pierwszej godzinie powstania zginęła pierwsza z nas, a druga gdzieś zniknęła, nie wiem, co się z nią stało. Ulica była pod ostrzałem, po następnych rannych dowódca nie pozwolił nam wyjść, bo nie było możliwości uratowania nikogo. 11 sierpnia „Niebora” zginął. Byłam sanitariuszką liniową, czyli szłam tam, gdzie żołnierze oddziały. Z moich własnych doświadczeń

znam tylko główny punkt opatrunkowy batalionu, który był na ulicy Wolność. Tam był przygotowany szpitalik, główny punkt opatrunkowy. Operował student czwartego roku medycyny, wszystko robił sam. Wprawdzie brzucha by nie otworzył i nie uratował rannego w brzuch, ale w głównym punkcie opatrunkowym to nie było jego zadanie. On był od mniejszych zabiegów i operacji, bezpośredniego ratowania życia i przygotowania pacjenta do transportu do szpitala. Znakomicie się w tym spisywał. Nie wiem, czy przeżył. ■

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Debata prezydencka o zdrowiu

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie zorganizowała na początku czerwca debatę „Z sercem po stronie zdrowia”. Do uczestnictwa w spotkaniu zaproszono sześciu ówczesnych kandydatów na urząd Prezydenta RP, by poznać ich poglądy na kwestie związane z ochroną zdrowia.

Na wzięcie udziału w dyskusji początkowo zdecydowali się Robert Biedroń, Szymon Hołownia i Władysław Kosiniak-Kamysz, ale ostatecznie na spotkaniu pojawił się tylko kandydat z ramienia PSL. Krzysztof Bosak, Andrzej Duda i Rafał Trzaskowski w ogóle nie byli zainteresowani udziałem w spotkaniu.

– Chcemy, żeby idee, które pojawią się na debacie, rozpoczęły ponadpolityczną dyskusję o tym, jak wszyscy możemy stanąć z sercem po stronie zdrowia. Bo zdrowie jest i będzie priorytetem – powiedział prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski.

Jak obecny na spotkaniu Władysław Kosiniak-Kamysz skomentował nieobecność innych kandydatów? – Myślę, że się po prostu bali. Bali się trudnych merytorycznych pytań. Nie mają pomysłu na ochronę zdrowia – stwierdził.

Podczas spotkania dyskutowano m.in. o brakach kadrowych, kolejkach do świadczeń medycznych i niedofinansowaniu systemu. ■

Cegielki na remont izby

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zachęca do zakupu cegiełek na rzecz odnowienia swojej siedziby. Koszt jednej cegielki to 500 zł. Jest też możliwość nabycia cegielki o wartości 5 tys. zł – to oferta skierowana do instytucji.

„Z góry dziękując, pragniemy zapewnić, że nazwiska fundatorów

i nazwy wspierających nas firm i instytucji uczymy godnie w holu głównym budynku przy ul. Krupniczej 11a” – informuje OIL w Krakowie na swojej stronie internetowej.

Izba po remoncie ma być funkcjonalna, z przestrzenią na kształcenie ustawiczne, plan zakłada także utworzenie klubowego wypoczynku. ■

Samoobsługowa baza noclegowa

Od 1 czerwca nastąpiła zmiana w zakresie dostępu do bazy noclegowej Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Medico” w Warszawie. Teraz to miejsce jest w pełni samoobsługowe – zrezygnowano z usługi portierskiej.

Pobyty w bazie rezerwuje się na stronie ŚIL w zakładce „baza noclegowa”. Po otrzymaniu potwierdzenia rezerwacji należy zapłacić za pobyt na wskazany w e-mailu ra-

chunek bankowy. Najpóźniej w ciągu 24 godzin przed planowanym pobytem gość otrzymuje w formie SMS-a kod PIN, który umożliwia pobranie kluczy do bramki i budynku bazy ze skrzynki znajdującej się przy ul. Sobieskiego 102a. Klucz do pokoju pobiera się ze skrzynki znajdującej się w recepcji. Lekarze i lekarze dentyści mogą skorzystać z noclegów na preferencyjnych warunkach. ■

Giełda ofert ŚOI



Na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej uruchomiono giełdę ofert środków ochrony indywidualnej. Udostępniane są tam informacje o możliwości zakupu maseczek, przyłbic, fartuchów, kombinezonów, rękawic i płynów dezynfekcyjnych. ■

Zjazd naukowy lekarzy Warmii i Mazur

W dniach 6-7 listopada br. odbędzie się XV Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Lekarzy Warmii i Mazur. Tegoroczną edycję spotkania zaplanowano pod hasłem „Medycyna Warmii i Mazur w czasie pandemii COVID-19”.

ORL Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej przyjęła już uchwałę w sprawie powołania komitetu naukowego (przewodniczący: prof. dr hab. Sergiusz Nawrocki) i komitetu organizacyjnego (przewodnicząca: lek. stom. Anna Lella) zjazdu.

Osoby, które w czasie zjazdu chciałyby zaprezentować swoje prace naukowe, proszone są o przesłanie streszczeń na adres e-mail: olsztyn@hipokrates.org. ■

Uwaga na oszustów

Napływają do nas informacje od lekarzy o podejrzanych mailach i telefonach od firm oferujących kursy z zakresu bezpieczeństwa przeciwpożarowego i BHP, za które należy zapłacić na podstawie załączonej do wiadomości faktury” – ostrzega Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie.

Izba zwraca uwagę, aby po otrzymywaniu tego typu e-maili, przed dokonaniem płatności, dokładnie zweryfikować podmiot, który wystawił fakturę oraz czy jest ona wystawiona za usługi, które zostały rzeczywiście zamówione. ■

FUNDUSZ POMOCOWY NIL

Razem możemy wszystko

Początek epidemii. Brakuje praktycznie wszystkiego. Coś trzeba zrobić, wspomóc nas wszystkich na pierwszej linii.

TEKST **PAWEŁ CZEKAŁSKI**, PREZES ORL W ŁODZI

Dzwoni dr Tomasz Karau-
da, że jego znajoma chce
wesprzeć lekarzy w wal-
ce z epidemią. Wspaniale, każdy gest
się liczy, nawet najmniejszy,
pomyślałem.

Ile i kogo konkretnie? Pytam. Doktor
odpowiada, że 20 mln zł i najlepiej,
żeby te fundusze trafiły do samo-
rządu. Oniemiałem. A jak się nazy-
wa ta znajoma? Dominika Kulczyk.
Chce realnie wspomóc medyków.

SUPER GRUPA

Telefon od prezesa NRL Andrze-
ja Matyi: „Utworzyliśmy fundusz
celowy i powołamy zespół, który
środki rozdysponuje, będziesz jego



**Ile i kogo konkretnie? Pytam.
Doktor odpowiada, że 20 mln zł
i najlepiej, żeby te fundusze
trafiły do samorządu.**

przewodniczącym”. Dlaczego ja? Za-
stanawiam się w pierwszej chwili.
Okay, dla mnie to zaszczyt. W zespole
jest dr Magda Wiśniewska, pre-
zes OIL w Szczecinie i przewodni-
cząca Konwentu Prezesów ORL, dr

Wojtek Kaatz, prezes Kujawsko-Po-
morskiej OIL, dr Artur Płachta, pre-
zes Wojskowej Izby Lekarskiej oraz
dr Paweł Barucha, prezes Święto-
krzyskiej Izby Lekarskiej, a także dr
Tomasz Karau-
da z Łodzi, dr Paweł
Wróblewski (prezes Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej), dr Artur Drobnik,
członek prezydium NRL, jak rów-
nież dr Dariusz Paluszek – w imie-
niu lekarzy dentyków. Super grupa.

Spotykamy się online, telefonicz-
nie, esemesowo i emailowo. Pora na
zakupy. Jest jednak marzec, począ-
tek krajowego epidemicznego sza-
leństwa, ceny wystrzeliły w górę,
a rynek opustoszał. Czyli kierunek
Chiny. Dyskutujemy, co będzie naj-
bardziej przydatne, a z czego może-
my zrezygnować, a przede wszyst-
kim, co możemy kupić, a co jest
nieosiągalne. Pojawia się korzyst-
na oferta na maski, przytłocze, go-
gle, kombinezony – cały asortyment
z certyfikatami. Kupujemy. Nieste-
ty Chińczycy żądają całej zapłaty
z góry. To rodzi obawy, ale firma
jest sprawdzona przez Polsko-Chiń-
ską Izbę Handlową. Jesteśmy nieco
spokojniejsi.

Telefon Tomka Karaudy rozgrzany
do czerwoności, cały zespół w nie-
pewności, stale na łączach. Kupuje-
my. Przelew na konto i czekamy. Wy-
obrażam sobie, jaki stres przeżywał

wówczas dr Mariusz Janikowski, pre-
zes Fundacji Lekarze Lekarzom. Bo
to przecież on podpisuje ten prze-
lew i odpowiada za pieniądze. To-
war ma być na lotnisku w Kanto-
nie. Teraz tylko transport. Bardziej
niż „tylko”. Co prawda jeszcze mamy
3,5 mln zł, ale żadna firma kurierska
nie oferuje rozsądnego rozwiązania
na transport, a i koszty nie są do za-
akceptowania. Zespół działa – może
uda się jednak coś, jak to mówią, po
kosztach?

Jest tódzka lekarka dr Joanna
Kopcińska, europosłanka. Telefon:
„Joasiu, pomóż”. Dostaję telefony
do kilku wiceministrów, wreszcie do
szefa kancelarii Prezesa Rady Mini-
strów. Obiecuje, że przywiozą LOT-
-em w ramach akcji „Lot do domu”.
Gdy mówię, że to transport środków
ochrony osobistej, słyszę, że musi-
my czekać, bo sami mają do prze-
wieżenia ogromny transport. Ok,
czekamy. W międzyczasie pracuje-
my nad zwolnieniem z cła i VAT-u
oraz nadaniem statusu transportu
humanitarnego.

A LOT opóźnia rozmowy – a to
nie mają pilotów, a to samolotów.
Znów telefon do Joanny, i do prof.
Matyi, rozmowy z ministrem Mi-
chałem Dworczykiem. Znowu cze-
kamy. Czas leci. LOT nie. Znów te-
lefon do Joanny. Zadzwoń, gdzie

trzeba. I raptem kilka e-maili naraz z LOT-u, że już jest samolot i załogi, że wszystko dopięte. W tym czasie zgłaszają się do nas z ofertą pomocy już tutaj, w Polsce, ludzie dobrej woli, czyli firmy Lion Club Poznań, MPT, Port Lotniczy „Ławica”, i jeszcze wielu innych (wymienionych w poprzednim numerze „GL”).

Wreszcie pierwszy Dreamliner ląduje w Poznaniu. Na miejscu wszystko działa się prawie automatycznie. Logistyka dopięta na ostatni guzik. Załogi samolotów dublowane, w jedną stronę leci jeden zespół, drugi odpoczywa, po załadunku zmiana. Żadnej straty czasu. Ostatni transport opóźnia się. Chińczycy robią dodatkową kontrolę jakości, czekamy, wreszcie całość ląduje w Polsce. Jeździmy z Tomaszem do Poznania kilka razy – a to na lotnisko, a to na teren MTP. Pamiętam, jak pierwszy transport był witany z owacjami, mimo że to było jeszcze przed świtem. Dziękujemy pilotom, cieszymy się, ogłaszamy sukces.

Transport przyleciał i jest tego ogrom. Wszystko policzone i rozdysponowane. Odprawione przez celników i przywiezione na teren MTP. Teraz podział i transport wewnątrz kraju. Podział opracował Wojciech Łukomski z mojej Izby – zgodnie z liczbą izb oraz zrzeszonych w nich lekarzy i lekarzy dentyków. Skrupulatnie, precyzyjnie, profesjonalnie – wszak logistyk. Dziękuję, Panie Wojtku. Wszyscy się na taki podział zgodzili.

Firma Raben rozwozi nasze chińskie zakupy po kraju, prezesi dzielą je między medyków w swoich regionach. Okazuje się, że odtrąbiony na lotnisku sukces to dopiero początek mozolnej pracy. Teraz w rękach prezesów trudne zadanie – komu, co i ile przekazać – komu maski, a komu kombinezony. Czy do szpitali? Czy może do lekarzy indywidualnie? Trudna sprawa, zawsze będzie ktoś niezadowolony. W międzyczasie wybucha afera z rzekomym brakiem certyfikatów, co ogłasza Ministerstwo Zdrowia. Nieprawda. Mamy certyfikaty potwierdzone co do autentyczności przez niemiecką wywiadownię gospodarczą. Wiemy, że w Portugalii,

w Hiszpanii i w części transportu dla UE były fałszywe certyfikaty, ale nasze są autentyczne. Zawsze znajdzie się jednak ktoś, kto będzie dyskredytował osiągnięcia, a przecież nie robiliśmy tego dla rozgłosu, ale dla wspólnego dobra. Warto tu zauważyć, że przy okazji ktoś przysłał nam w imieniu Chińczyków fałszywą fakturę na około 1,5 mln dolarów. To była próba wyłudzenia.

DZIĘKUJEMY

Teraz, gdy jeszcze trwa dystrybucja, gdy okazuje się, jak bardzo było to wszystko potrzebne, konieczne należy podziękować wszystkim. To trudne, bo zaangażowanych i to pro bono publico, było wielu. Po kolei. Najpierw podziękowania dla pani Dominiki Kulczyk i jej Kulczyk Foundation, że zdecydowała się na taki gest, następnie dla dra Tomasza Karaudy, że wskazał samorząd lekarski jako najlepszego beneficjenta, i dla prezesa prof. Andrzeja Matyi, że przyjął dar i wspierał nasze poczynania nie tylko słowem. Dalej dla Fundacji Lekarze Lekarzom i doktora Mariusza Janikowskiego, że wykazał ogromne zaufanie do naszych działań i odporność psychiczną na stres. Dziękuję też KPRM za opłacenie i przyzwolenie na transport humanitarny (a przede wszystkim dr Joannie Kopcińskiej). Nie było podziałów politycznych, działaliśmy

razem. Dalej słę podziękowania całemu zespołowi (doktorom Magdzie, Wojtkowi, Arturowi wojskowemu, Pawłowi z Kielc i Pawłowi z Wrocławia, Tomaszowi, Arturovi z Warszawy i Dariuszowi), który został powołany do tego trudnego zadania. To była intensywna praca przez te trzy tygodnie, a przecież codzienna praca zawodowa i praca w izbach trwała w najlepsze. Szczególnie, że zajęcia ze studentami były online, a i operacji jakby mniej.

Podziękować trzeba także wszystkim zaangażowanym pracownikom Kulczyk Foundation, służbom dyplomatycznym, Polsko-Chińskiej Radzie Biznesu, pilotom i pracownikom LOT-u, Lion Club, MTP, Lotnisku „Ławica”, Służbom Celnym, firmom Raben, Grom Cargo, PEKABEX, i jeszcze wielu, wielu innym, których nazw i nazwisk tutaj nie wymienię.

Wreszcie dziękuję prezesom okręgowych izb lekarskich, bo to na ich barkach spoczęło niełatwe zadanie dystrybucji środków. Jakoś poszło. Czy było warto? Było i to nie tylko dla tych masek i kombinezonów. Cała ta sytuacja pokazała, że nie ma dla nas rzeczy niemożliwych, że otaczają nas ludzie o gorących sercach i tak naprawdę na hasło „pomoc dla medyków” ruszają z pomocą całej ich zastępy. Razem możemy wszystko. Zespół działa nadal. Damy radę. Dzięki wszystkim. ■

24 czerwca po ciężkiej chorobie odszedł nasz przyjaciel i współpracownik

prokurator Andrzej Jóźwiak

od lat związany z Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej
Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej WIL w Poznaniu
Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej DIL we Wrocławiu

Z głębokim żalem żegnają Go, wdzięczni za całą jego wiedzę
i doświadczenie prawnicze,
którymi się dzielił, prowadząc szkolenia i wykłady

*Lek. Grzegorz Wrona, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wraz z zespołem Zastępców
Lek. Jolanta Orlowska-Heitzman, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w latach 2006-2014
Pracownicy biura Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej*

System ochrony zdrowia w Polsce jest zbyt uzależniony od opieki szpitalnej i boryka się z niedoborem personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy POZ, mimo że w ostatnich latach udało się nieco wzmocnić koordynację opieki nad częścią pacjentów.



KADRY

Mimo wzrostu liczby absolwentów medycyny w ciągu ostatnich lat, niedobory kadrowe w placówkach publicznych, szczególnie wśród lekarzy i pielęgniarek, są jednymi z najdotkliwszych w Europie.



WYDATKI

Łączne wydatki na ochronę zdrowia (w ujęciu na mieszkańca i jako odsetek PKB) są jednymi z najniższych w UE. Dopływ dodatkowych środków, o ile zostałyby skutecznie zainwestowane, może w znacznym stopniu przyczynić się do usunięcia głównych barier utrudniających dostęp do opieki.



HOSPITALIZACJE

Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, które można by leczyć w warunkach ambulatoryjnych, należy do najwyższych na Starym Kontynencie.



MOŻLIWOŚCI

Ograniczone możliwości finansowe pacjentów utrudniają równy dostęp do opieki zdrowotnej, a udział wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych w wydatkach jest stosunkowo wysoki.



ZGONY

Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej jest dużo wyższa niż średnia UE, a odsetki przeżyć w przypadku nowotworów są niższe niż w innych krajach wspólnoty.



CZYNNIKI RYZYKA

Behawioralne czynniki ryzyka przyczyniają się do niemal połowy wszystkich zgonów. Mimo że wskaźniki palenia tytoniu zmniejszyły się, a liczba zgonów z powodu nowotworów płuc spadła, są one i tak wyższe niż średnia UE.



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Klątwa niemocy

Dyskusje trwają od dawna. Główne słabości są znane. Mimo że wszyscy mówią o potrzebie gruntownych zmian, jak ich nie było, tak nie ma. Jest za to doraźne gaszenie pożarów, przez co system coraz bardziej przypomina durszlak.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Zanim spróbuje się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego od wielu lat system ochrony zdrowia w Polsce nie doczekał się głębszej i spójnej przebudowy, warto zrozumieć mechanizmy rządzące polityką. Wiele osób zawęża ją do czczych deklaracji i ognistych sporów, z lubością relacjonowanych przez część mediów, a przecież w klasycznym rozumieniu polityka to troska o dobro wspólne.

Reguły rządzące systemem ochrony zdrowia, w tym jego finansowanie, ustalają politycy. Robią to w oparciu o różne kwestie, ale – czy się komuś to podoba, czy nie – w ogromnym stopniu o te natury ekonomiczne. W ekonomii „rzadkość” stanowi jedno z podstawowych pojęć, odnosząc się do ograniczonej ilości zasobów w stosunku do nieograniczonych potrzeb. Decyzje polityków, także te dotyczące ochrony zdrowia, to w dużej mierze rozstrzyganie problemu rzadkości. Być może nie każdy podzieli ten pogląd, zarzucając mi, że przeceniam znaczenie wpływu polityki na system ochrony zdrowia. Niemniej kiedy w państwie, które wkrótce może dołączyć do grona 20 największych gospodarek świata (pod względem PKB), analizuje się sprawy najważniejsze dla obywateli, na otaczającą rzeczywistość nie wolno spoglądać z żabiej perspektywy.

O pomysł na rozwiązanie wielu nabrzmiałych problemów w ochronie zdrowia wielokrotnie pytano w czasie tegorocznej kampanii wyborczej kandydatów na urząd Prezydenta RP, ale na ogół wypowiadali się oni mgliście na ten temat. Nie stał się on też osią sporu zeszłorocznych wyborów parlamentarnych. Zresztą, czy kiedykolwiek w III RP ochrona zdrowia stanowiła jeden z najważniejszych tematów rozmów polityków z wyborcami i dyskusji pomiędzy najważniejszymi działaczami partyjnymi?

OBJAWY CZY DIAGNOZA

Dokładnie 12 miesięcy temu miała miejsce ostatnia z konferencji wieńczących debatę „Wspólnie dla Zdrowia”, zainicjowaną przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. Ponad 60-stronicowy dokument, który powstał w wyniku debaty, miał stanowić podstawę do wypracowania wieloletniego planu naprawy. Broszura jest inspirująca, i nie piszę tego z przekąsem, ale z wielu stron pojawiają się głosy, że przez polityków została skazana na zapomnienie – tak jak, co jest opinią powszechną w środowisku lekarskim, o ochronie zdrowia zapomina się zaraz po wyborach. – W moim odczuciu diagnoza systemu ochrony zdrowia jest postawiona doskonale – uważa dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, która była w składzie Prezydium Rady Programowej debaty „Wspólnie dla Zdrowia”. Jak dodaje, na przestrzeni ostatnich lat w wyniku licznych dyskusji i analiz znaleziono nawet najbardziej ukryte słabości. – Można wręcz mówić o przediagnozowaniu – podkreśla. Z tą opinią nie do końca zgadza się lekarz, wieloletni parlamentarzysta, były prezes NFZ Andrzej Sońnier, twierdząc, że wprowadzie mankamenty opieki zdrowotnej są rozpoznane i szczegółowo opisane, to wciąż poruszamy się przede wszystkim na poziomie dobrze rozpoznanych objawów, a nie diagnozy, bo co do postawienia tej ostatniej brakuje konsensusu. – Te same objawy mogą być różnie zdiagnozowane – wskazuje.

5,03% PKB

– tyle mają wynieść minimalne nakłady na publiczny system ochrony zdrowia w 2020 r. zgodnie z tzw. ustawą 6 procent.



Posel Andrzej Sośnierz zwraca uwagę na to, że często cel reform myli się z metodami, przy pomocy których należy go osiągnąć. – Celem jest sprawny, funkcjonalny, przyjazny dla pacjenta system – podkreśla. Tymczasem dla części osób szczytem marzeń jest doprowadzenie np. do określonej struktury własnościowej szpitali, w czym upatrują cudowny sposób na rozwiązanie większości problemów, nie biorąc pod uwagę tego, że jeśli – dajmy na to – za istotę zmian uważa się stworzenie publicznej sieci szpitali, to można go stosunkowo łatwo osiągnąć, co nie musi jednak zagwarantować wydolności całego systemu.

WYBOISTA DROGA DO SZCZĘŚCIA

Skoro od 15 lat – przepraszam za małe uproszczenie – w naszym kraju polityczne karty rozdają na przemian głównie dwa ugrupowania, PiS (2005-2007, 2015-nadal) i PO (2007-2015), dokonanie przebudowy systemu ochrony zdrowia nie powinno być takie trudne i łatwiej można by wypracować ponadpartyjny konsensus. Tym bardziej, że w obu ugrupowaniach aż roi się od osób, które przechodziły z jednej partii do drugiej, a różnice programowe między nimi wcale nie są tak straszne, jak niektórzy publicyści je malują (kto ma wątpliwości, niech porówna je

z postulatami innych ugrupowań parlamentarnych). Ten dwupartyjny klinch, niezwykle silnie oddziałując m.in. na ochronę zdrowia, jest jak kłątwa. Niewykluczone, że sporo wody w Wiśle upłynie, zanim dojdzie do jakościowej zmiany w naszym życiu publicznym. Jak właściwie powinien wyglądać idealny system ochrony zdrowia? Na tak postawione pytanie można usłyszeć wiele odpowiedzi. Bolączek jest co niemiara, a czas walki z pandemią COVID-19 uwidocznił nawet to, co nie kłuło za mocno w oczy przez ostatnie lata. W zależności od punktu widzenia, z uwagi na rosnącą wewnętrzną niespójność i wprowadzanie częściowych zmian, system ochrony zdrowia w Polsce można porównać do durszlaka albo do spodni, na których ląduje łąka na łącie. Wszystkich słabości nie sposób wymienić, bo widać je zarówno z bliska, jak i z lotu ptaka. Daleko w ocenie systemu ochrony zdrowia idzie Jerzy Friediger, członek Prezydium NRL, a jednocześnie dyrektor jednego z krakowskich szpitali. – Trudno mówić, że jest rozchwiany. On się po prostu wali – mówi bez ogródek.

ROZDROBNNIENIE VS KOORDYNACJA

Nie tak dawno w rządowym portalu gov.pl ukazała się zachęta do lektury publikacji „Polska – Profil systemu ochrony zdrowia 2019”, wydanej

przez OECD i Europejskie Obserwatorium Polityki Systemów Opieki Zdrowotnej we współpracy z Komisją Europejską. W rozdziale poświęconym systemowi ochrony zdrowia na pierwszym miejscu wskazano fragmentaryczny charakter zarządzania. Ministerstwo dzieli zarządzanie ochroną zdrowia i odpowiedzialność za nią z gminami, powiatami i województwami, jest założycielem instytutów, sprawuje nadzór nad szpitalami klinicznymi, dla których



Tak wygląda dialog

Przez decydentów rzadko brane są pod uwagę propozycje samorządu lekarskiego, mimo że reprezentuje liczną grupę zawodową, która na co dzień dostrzega szereg problemów w ochronie zdrowia. Od kilku miesięcy minister zdrowia Łukasz Szumowski nie spotkał się z Naczelną Radą Lekarską, a odkąd wybuchła pandemia, wymiana informacji między Prezydium NRL i kierownictwem resortu w zasadzie ogranicza się do wymiany pism. Do długo wyczekiwanego spotkania, pierwszego w okresie pandemii, doszło dopiero pod koniec maja w formie telekonferencji, ale bez udziału ministra Łukasza Szumowskiego, który w tym czasie uczestniczył w posiedzeniu sztabu zarządzania kryzysowego z premierem Mateuszem Morawieckim. Zamiast szefa resortu obecnych było dwóch jego zastępców.



Decyzje polityków, także te dotyczące ochrony zdrowia, to w dużej mierze rozstrzyganie problemu rzadkości.

organem tworzącym są uniwersytety medyczne, a placówki prywatne świadczą głównie opiekę ambulatoryjną, podczas gdy większość szpitali jest publiczna. „Ta różnorodność kompetencji stanowi poważne wyzwanie dla skutecznej koordynacji działań w całym systemie ochrony zdrowia” – napisano. – Rozdrobniona struktura właścicielska szpitali być może nie miałyby aż tak istotnego znaczenia, gdyby w szerokim zakresie obowiązywała opieka koordynowana – uważa prof. Jarosław Fedorowski, prezes Polskiej Federacji Szpitali. Faktem jest, że podjęto działania mające poprawić koordynację między szpitalami, AOS, POZ, rehabilitacją, a także opieką długoterminową i opieką społeczną, pewne efekty są widoczne, ale wciąż pozostaje wiele do zrobienia. – Nasz system ochrony zdrowia dotknięty jest niemocą – uważa wiceprezes NRL Andrzej Cisto. Jak dodaje, wprawdzie pojawiają się różne pomysły dotyczące m.in. zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych czy sposobu ich rozliczania, w wyniku prac analitycznych można by ustalić, na co nas stać i przynajmniej spróbować znaleźć złoty środek, ale ze strony decydentów nie ma chęci do podjęcia działań w tej sprawie. – Mamy do czynienia z odkładaniem wszystkiego na później, przez co w ciągu ostatnich 12 lat udział stomatologii w budżecie NFZ spadł z 3,8 proc. do 2 proc. Branża osuwa się pod własnym ciężarem – ocenia.

ZACHWIANA RÓWNOWAGA

No właśnie, pieniądze, a raczej niewystarczająca ich ilość to stały element krytyki rzeczywistości. Na domiar złego od lat wśród najważniejszych przyczyn protestów pracowników ochrony zdrowia jest

niesatysfakcjonująca wysokość zarobków. – W tej chwili mamy kolejne rozporządzenia płacowe, które naszym zdaniem wywołają ponowny kryzys dlatego, że relacje płac zostaną zachwiane – mówi wiceprezes NRL Krzysztof Madej, odnosząc się do wchodzących w życie z mocą od 1 lipca regulacji dotyczących lekarzy stażystów i rezydentów. Po nowelizacji rozporządzenia wynagrodzenia stażystów wzrosną z 2700 zł do 2900 zł brutto. – W 2008 r. stażysta zarabiał 1,8 tys. zł, co stanowiło 160 proc. ówczesnej płacy minimalnej na poziomie 1126 zł. Porównując płacę minimalną w 2008 r. do 2020 r., płaca stażysty powinna obecnie wynosić ok. 4,1 tys. zł. Tymczasem aktualna płaca stażysty została w porównaniu do 2008 r. realnie obniżona i jest bliska poziomowi najniższego wynagrodzenia – mówi prezes NRL prof. Andrzej Matyja, dodając, że takie pensje są nieadekwatne do posiadanego wykształcenia, kwalifikacji i odpowiedzialności. – Pomimo kolejnych kryzysów nie wypracowano żadnego racjonalnego systemu, który by pozwolił osiągnąć mir społeczny w tym względzie. Są tylko doraźne, ratujące sytuację regulacje. Najwyższa pora na pewną logiczną zasadę regulacji płac, która nie będzie tylko doraźna i nie będzie wynikiem kryzysu – uważa dr Krzysztof Madej.

JAK RZĄD POTRZĄSA SAKIEWKĄ

Na mocy ustawy z 5 lipca 2018 r., często określanej mianem „ustawy 6 procent”, lekarze i lekarze dentyści posiadający specjalizację mogą liczyć na podwyższone wynagrodzenie zasadnicze do kwoty 6750 zł brutto, w przeliczeniu na pełny etat, o ile zobowiążą się do nieudzielania tożsamych świadczeń w innej

placówce finansowanej ze środków publicznych i złożą oświadczenie potocznie określane „lojalką”. – Wartość środków finansowych przekazanych na wzrost wynagrodzeń tych lekarzy w 2019 r. wyniosła ponad 671 mln zł – informuje Sylwia Wądrzyk, rzecznik prasowy NFZ. Jeśli miesięcznie zarabia się kilka tysięcy złotych, ta kwota może wydawać się abstrakcyjna, porównajmy ją więc z kosztami wypłaty „trzynastek” dla emerytów i rencistów w 2020 r. – to ok. 11,7 mld zł, z tym, że dodatkowe świadczenia pieniężne jednorazowo trafiły do ok. 9,8 mln osób. Z kolei ponoszone przez budżet państwa koszty wprowadzenia żywo dyskusowanego przez ostatnie tygodnie programu pomocy dla polskiej turystyki, który urzeczywistnił się w formie bonu turystycznego 500+, szacuje się na ponad 3,5 mld zł. A jeśli te kwoty nadal nie przemawiają do wyobraźni, to podam jeszcze jedną, znacznie bliższą tej, o której mówi rzecznik NFZ w odniesieniu do „lojalek” – w zeszłym roku wydatki na realizację projektu Lek 75+ sięgnęły 715,2 mln zł. I niech ktoś teraz powie, że fałszem jest to, o czym pisałem na początku, że do istoty sporu politycznego należą w szczególności decyzje dotyczące alokacji zasobów finansowych, czyli – nawiasem mówiąc – pieniędzy wszystkich obywateli, bo przecież każdy rząd, nawet ten ochoczo potrząsający sakiewką, dzieli środki nie swoje, lecz zabrane podatnikom. W każdych społeczno-politycznych okolicznościach finansowa kotłownia będzie przykrótka, a komu będą wystawać spod niej bosa stopy, decydują wybrańcy ludu. W nieodległej przyszłości, naznaczonej ekonomicznymi skutkami pandemii, opadnie wreszcie kurz po trwającej w zasadzie od kilkunastu miesięcy kampanii wyborczej (w ciągu nieco ponad roku wybieraliśmy kolejno europarlamentarzystów, polskich posłów i senatorów oraz prezydenta), a rządzący zderzą się ze starymi i nowymi wyzwaniem w ochronie zdrowia. To, co się wydarzy, stoi pod znakiem zapytania naznaczonym klątwą niemocy. ■

5,80% PKB

– tyle mają wynieść minimalne nakłady na publiczny system ochrony zdrowia w 2023 r. zgodnie z tzw. ustawą 6 procent.

Pomysłłów nie brakuje

Dyskusja o pożądanym kształcie systemu ochrony zdrowia i konieczności dokonania w nim zmian toczy się od dawna. Jedną z kluczowych kwestii jest to, co należy zrobić, aby efektywnie wydawać pieniądze, które są przeznaczone na leczenie.



PROF. BOLESŁAW SAMOLIŃSKI

kierownik Katedry
Zdrowia Publicznego
i Środowiskowego WUM

Na paradoks zakrawa fakt, że system ochrony zdrowia zamknął się przed pacjentami w dobie epidemii. W jej początkowym etapie otrzymaliśmy instrukcje, jak postępować z chorym zakażonym SARS-CoV-2, ale nie mieliśmy wytycznych, co zrobić z osobą, która ma pilniejszy problem zdrowotny, np. zawał serca lub wylew, i jest jednocześnie zakażona. Pacjenci wymagający niezwłocznej interwencji związanej z innym problemem niż koronawirus pozostawali niewidoczni dla systemu. Takie sytuacje unaoczniają, że organizacja opieki zdrowotnej w Polsce wymaga ponownego przemyślenia i przeorganizowania. Na te same problemy, które poruszają pacjenci, zwracają uwagę środowiska lekarskie, m.in. Naczelna Rada Lekarska i towarzystwa naukowe. Epidemia koronawirusa pokazuje, że zdrowie ma kolosalny wymiar ekonomiczny. Chore społeczeństwo to biedne społeczeństwo, ponieważ

schorzenia generują koszty finansowe, które obciążają nie tylko pacjenta i jego rodzinę, ale całe społeczeństwo i w końcu gospodarkę państwa. Bez żadnych wątpliwości w obszar ochrony zdrowia trzeba inwestować, żeby w możliwie największym stopniu zapobiegać negatywnym skutkom epidemii i następstwom schorzeń przewlekłych. Przy tak niskim poziomie finansowania, z jakim obecnie mamy do czynienia, przy niedofinansowaniu kadr i braku jednolitych standardów, zachodzą niekorzystne zjawiska. System ochrony zdrowia powinien być pacjentocentryczny, przy zastrzeżeniu, że pieniądze powinny iść za chorym nie tylko w teorii. Konieczna jest integracja opieki, zwłaszcza w przypadku pacjentów z wielochorobowością. Musimy się także nastawić na monitorowanie efektów terapii. Zdecydowanie powinna wzrosnąć pozycja i rola organizacji pacjenckich. W krajach Europy Zachodniej aktywnie kształtują one politykę zdrowotną. To dobry trend i istotny potencjał. W końcu kto lepiej potrafi zdefiniować najpilniejsze potrzeby niż ci, do których adresowana jest opieka medyczna? Pacjent jako bezpośredni beneficjent ochrony zdrowia to jednocześnie najlepszy jej recenzent. ■

W sytuacji, gdy wiele szpitali w Polsce nie jest w stanie na bieżąco opłacać rachunków, a czasami 80 proc. kosztów ich funkcjonowania pochłaniają płace, trudno mówić, że system ochrony zdrowia w naszym kraju jest rozchwiany. On się po prostu wali. Sytuację dodatkowo pogorszyła epidemia. Chcąc zmienić cokolwiek na lepsze, w pierwszej kolejności należy zwiększyć ilość środków w systemie, bo te, które znajdują się w nim w tej chwili, nie wystarczają na pokrycie kosztów działania wielu placówek. Odpowiedź na pytanie, w jaki sposób zwiększyć nakłady, należy do polityków. Mogę się domyślić, że trzeba by m.in. zwiększyć składkę zdrowotną i dopłacać coś z budżetu państwa. Jako dyrektor szpitala jestem od tego, aby jak najbardziej racjonalnie gospodarować tym, co dostajemy z NFZ, bo nie mam innego źródła finansowania. Obecnie Fundusz wypłaca szpitalom 1/12 kwoty zawartych umów przy jednoczesnym założeniu, że zdążają to odpracować dzięki wydłużonemu okresowi rozliczeniowemu. Gdybyśmy w szpitalu, którym kieruję, chcieli odrobić 1/3 niewykonanych świadczeń

w ciągu pozostałego półrocza lub roku, musielibyśmy zwiększyć obrót o ok. 20 proc. w skali miesiąca. To nierealne, bo na skutek większego reżimu sanitarnego zmniejszyła się liczba przyjmowanych pacjentów, wiele osób unika szpitali, a wydajność placówek jest ograniczona. Dodatkowym problemem jest brak personelu. W szpitalu, którym kieruję, każdego dnia z powodu zwolnień lekarskich lub opieki nad dziećmi nieobecnych jest średnio 250 spośród ok. 1,2 tys. pracowników. Część z nich otrzymuje większe wynagrodzenie z powodu podwyższonego ryzyka w pracy w czasie epidemii. Wkrótce szpitale dostaną dodatkowe środki w związku z podwyżką kwoty bazowej wynikającą z ustawy o minimalnych wynagrodzeniach. Stanowi to krok w dobrym kierunku, ale wzrost wyceny świadczeń realizowanych przez szpitale o 3 proc. nie wystarczy, powinno to być ok. 10 proc. Świadczenia powinny być wycenione zgodnie z ich faktycznymi kosztami, a tak nie jest, np. praca pielęgniarek wyceniana jest ciągle tak, jak przed podwyżkami ich wynagrodzeń. ■



DR JERZY FRIEDIGER

dyrektor Szpitala
Specjalistycznego
im. Żeromskiego
w Krakowie



PROF. JAROSŁAW J. FEDOROWSKI

prezes Polskiej
Federacji Szpitali

Kiedy spogląda się z góry na polski system ochrony zdrowia, widać jego wielką fragmentaryzację na poziomie szpitalnictwa i AOS, jak i bardzo oddzieloną od nich POZ, nie wspominając np. o ratownictwie medycznym czy części diagnostyki i rehabilitacji. Ta silosowość jest powielana w szpitalach, sztywno podzielonych na oddziały poszczególnych specjalności lekarskich. Niestety nawet nowe placówki budowane są w oparciu o taki model, a plan medyczny nowego szpitala rozpoczyna się od tzw. koncertu życzeń oddziałów specjalistycznych. Tymczasem nawet w mapach potrzeb zdrowotnych sprzed kilku lat rekomendowano właśnie tworzenie oddziałów wieloprofilowych. Z rozdrobnieniem mamy do czynienia także w przypadku struktury własnościowej szpitali, co jest bardzo widoczne zwłaszcza w dużych miastach, a tylko w Warszawie można się

doliczyć siedmiu czy ośmiu różnych właścicieli. Mówimy o placówkach powiatowych czy wojewódzkich, o publicznych i prywatnych, podczas gdy powinniśmy teraz rozmawiać o ich poziomach referencyjności i wzajemnej współpracy, o konsolidacji, a mniej o tym, do kogo powinny należeć. Polityków trudno posądzać o złą wolę, bo wszystkim rządowi przyświecać powinien cel w postaci poprawy jakości opieki nad pacjentami. Brakuje nam jednak odwagi, pójścia za ciosem i wprowadzania większych zmian w zakresie organizacji. Kiedy mówimy o nowoczesności, najczęściej mamy na myśli sprzęt, software czy nowe technologie medyczne, a zbyt rzadko innowacje organizacyjne. Środowisko medyczne niekoniecznie je popularyzuje wśród decydentów, co przyczynia się do tego, że pożądane zmiany organizacyjne zachodzą niezbyt szybko albo wcale. ■

W epoce COVID-19 funkcjonowanie opieki zdrowotnej zmieniło się. Przed wybuchem epidemii pacjenci w dużym stopniu korzystali ze świadczeń specjalistycznych, nierzadko ich nadużywając. Od kilku miesięcy większość porad jest udzielanych w POZ, bardzo często w formie teleporad, a znaczna część działalności szpitali i AOS została wygaszona. Na skutek pandemii nasz szpitalocentryczny system zaczął się trochę zmieniać. Obserwujemy wyraźniejszy trend ku opiece domowej i monitorowaniu stanu pacjenta w warunkach domowych, a sytuacja wymusza to, o co apelujemy od dawna: żeby chorzy trafiający do szpitali rzeczywiście wymagali hospitalizacji. Z powodu koronawirusa przez pewien czas pacjenci, przede wszystkim ci ostrożniejsi, będą bardziej podatni na sugestie, że leczenie można kontynuować w domu, bo silnie wzrosła

świadomość niebezpieczeństwa związanego z ryzykiem zakażenia chorobami zakaźnymi, ale patrząc na to, jak wygląda sytuacja po zmniejszeniu restrykcji i ograniczeń, obawiam się, że w społeczeństwie dość szybko powróci potrzeba udzielania świadczeń in gremio. W dużym stopniu lekarze udzielają porad, których w ogóle nie musieliby świadczyć, gdyby nasz system był inaczej zorganizowany. Pacjenci nadal w małym stopniu korzystają z wiedzy oraz umiejętności pielęgniarek i farmaceutów, zwłaszcza w zakresie edukacji medycznej, choć w wyniku pandemii częściowo to się zmieniło. W dłuższej perspektywie liczba osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych nie zmniejszy się, ale w większym stopniu niż dotychczas będą wykorzystywane narzędzia informatyczne, dzięki którym zostanie zredukowana liczba osobistych wizyt w gabinetach lekarskich. ■



JACEK KRAJEWSKI

prezes FZPOZ
Porozumienie
Zielonogórskie



MARIA LIBURA

ekspert ds. zdrowia
Centrum Analiz Klubu
Jagiellońskiego

System ochrony zdrowia w Polsce od dawna oddala się od celu, do którego został powołany, czyli zapewnienia obywatelom równego i sprawiedliwego dostępu do świadczeń medycznych. W zakresie dostępności do leczenia w uprzywilejowanej pozycji są mieszkańcy dużych miast i ci, co mają zasobniejsze portfele. Podstawowy grzech naszego systemu to brak koordynacji opieki, będący wynikiem poszarpanych, nigdy niedokończonych reform i korekt podejmowanych pod wpływem protestów konkretnych grup, albo ze względu na konieczność ugaszenia lokalnego pożaru. Zmiany są potrzebne, ale

przede wszystkim należy określić ich cel: czy chcemy systemu egalitarnego, czy dostępnego dla zamożnych? Dostęp do ochrony zdrowia jest dziś powszechnie uznawany za jedno z praw człowieka – w jaki sposób realizujemy je na polskim gruncie? Wzmocnienie systemu publicznego wymaga nakładów. W czasie ostatniej debaty prezydenckiej od niektórych kandydatów usłyszeliśmy, że publiczna ochrona zdrowia powinna dawać obywatelom znacznie więcej, niż dziś, a od innych, że należy ograniczyć podatki. Nie da się tego zrobić jednocześnie. W ramach systemu ochrony zdrowia dokonuje się podziału mocno ograniczonych zasobów w odpowiedzi na potrzeby różnych grup. Nie wszystkie mogą zostać zaspokojone w jednakowym stopniu, nawet w znacznie bogatszych systemach, niż polski. Alokacja tych środków ma więc charakter stricte polityczny. Ukrywanie faktu, że w ochronie zdrowia mamy do czynienia z decyzjami politycznymi, sprawia, że społeczeństwo nabiera fałszywego przeświadczenia, jakoby wystarczyło tylko poprawić kwestie zarządzania lub np. wprowadzić zasadę odpłatności za usługi i cała opieka zdrowotna „naprawi się” jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. ■

TARCZA ANTYKRYZYSOWA

Mikropożyczka

Jest jeszcze czas na złożenie wniosku o mikropożyczkę do powiatowego urzędu pracy – pomoc dotyczy m.in. lekarzy prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą, którzy mają trudności finansowe w związku z pandemią COVID-19.

TEKST **BEATA WIERZCHOWSKA**,
RADCA PRAWNY NIL

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” informowaliśmy o możliwości ubiegania się o mikropożyczkę w związku ze zmianą przepisów dotyczących tej materii: w początkowej fazie obowiązywania tzw. tarczy antykryzysowej lekarz niezatrudniający pracowników był bowiem wykluczony z możliwości uzyskania mikropożyczki, ale po zmianie przepisów w ramach tzw. tarczy 2.0 o mikropożyczkę mogli ubiegać się lekarze, którzy nie zatrudniają i nigdy nie zatrudniali pracowników.

Wnioski o mikropożyczkę można było składać (i nadal jest to możliwe) do powiatowego urzędu pracy, właściwego ze względu na miejsce prowadzenia działalności gospodarczej, po ogłoszeniu naboru przez dyrektora powiatowego urzędu pracy.

UMORZENIE Z MOCY PRAWA

Dotychczasowe regulacje dotyczące mikropożyczki przewidywały możliwość jej umorzenia, jednak aby tak się stało, trzeba było przez trzy miesiące od jej udzielenia nadal prowadzić działalność, a ponadto, po upływie tego okresu, w ciągu 14 dni złożyć do urzędu pracy wniosek o umorzenie. Brak terminowego złożenia wniosku oznaczał konieczność zwrotu otrzymanych pieniędzy.

Najnowsza, przyjęta zmiana tarczy antykryzysowej (4.0) przewiduje, że nie trzeba już składać wniosku



Wnioski o mikropożyczkę można było składać (i nadal jest to możliwe) do powiatowego urzędu pracy.

o umorzenie – ma ono następować z automatu, po ustaleniu przez powiatowe urzędy pracy w bazie Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), czy dany podmiot spełnił jedyny warunek konieczny do umorzenia: prowadził działalność gospodarczą przez okres trzech miesięcy od dnia udzielenia pożyczki.

KOLEJNE TARCZE

I CO Z TEGO WYNIKA?

To już kolejna, korzystna zmiana w zakresie mikropożyczki od początku obowiązywania tzw. specustawy koronawirusowej. Dla uporządkowania informacji przypomnę, że każda następna wersja tej ustawy nazywana jest tarczą, a najnowsza jest wersja (tarcza 4.0), nazwana ustawą o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19, pod koniec czerwca została podpisana przez Prezydenta RP.

Należy zatem na bieżąco śledzić zmiany konkretnych przepisów wprowadzanych tzw. tarczami, gdyż

w wielu przypadkach mogą one zmienić ustalony wcześniej status i przysługujące świadczenia.

NA CO MOŻNA WYDAĆ PIENIĄDZE?

Przepisy dotyczące mikropożyczki ograniczają się jedynie do stwierdzenia, iż powinna być ona przeznaczona „na pokrycie bieżących kosztów prowadzenia działalności gospodarczej mikroprzedsiębiorcy”. W praktyce powstaje jednak szereg wątpliwości, które koszty są bieżące. Czy np. zakup nowego komputera lub drukarki zalicza się do nich? Czy trzeba wszystkie wydatki ewidencjonować i gromadzić faktury? Czy musimy liczyć się z kontrolą, która sprawdzi, czy pieniądze nie zostały przez przedsiębiorcę wydane na inne cele (wakacje albo remont mieszkania)?

Ustawa nie określa dokładnie, czym są bieżące koszty prowadzenia działalności gospodarczej, najbezpieczniej jest więc przyjąć, iż powinny być to koszty stałe, ponoszone jeszcze przed wybuchem epidemii, takie jak koszty najmu lokalu, rachunków za telefon, internet, energię, gaz czy też koszty leasingu na sprzęt czy auto firmowe. Pamiętać jednak należy, iż pojęcie bieżących kosztów jest nieostre i może być interpretowane subiektywnie w razie kontroli urzędniczej. Jeżeli lekarz jest w stanie uzasadnić, że np. w związku z teleporadami zakup nowego komputera był w tym czasie niezbędny, w takim przypadku udzielona pożyczka bez wątpienia może być również przeznaczona na nowy sprzęt. ■

CO ZROBIĄ POSŁOWIE?

Przyspieszenie

O ostatecznym kształcie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty zdecyduje Sejm. Wszystkie znaki na niebie i ziemi wskazują, że wiele się zmieni. Dla lekarzy i dla pacjentów.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Z powodu pandemii COVID-19 na trzy miesiące zamaryły prace parlamentarne nad rządowym projektem nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Od końca lutego, kiedy pochyliła się nad nim podkomisja nadzwyczajna powołana przez sejmową Komisję Zdrowia, niewiele się działo.

Do przyspieszenia doszło pod koniec maja – wówczas odbyło się drugie i trzecie czytanie, a na ostatniej prostej wprowadzono istotne poprawki dotyczące klauzuli sumienia. 28 maja Sejm uchwalił ustawę (za głosowało 265 posłów, głównie z PiS, prawie cały klub zrzeszający PSL i Kukiz'15, a także troje posłów z KO). Potem ustawą zajęła się senacka Komisja Zdrowia – na posiedzeniu, podobnie jak we wcześniejszych miesiącach, swoje postulaty zgłaszali przedstawiciele samorządu lekarskiego.

WYJĄTKOWO ZGODNE GŁOSOWANIE

– Proces tworzenia tej ustawy był dosyć długi, ponieważ pojawiały się różnego rodzaju wnioski czy sugestie, które często były ze sobą sprzeczne. Dlatego też musieliśmy w sposób kompromisowy podchodzić do pewnych oczekiwań różnych środowisk – powiedziała w Senacie Józefa Szczurek-Żelazko, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

O ile z pierwszym zdaniem pani minister nie sposób się nie zgodzić, o tyle z drugim można by długo polemizować. 18 czerwca w głosowaniu nad podjęciem uchwały w sprawie przyjęcia ustawy w całości ze zmianami wynikającymi z przyjętych poprawek Senat był wyjątkowo zgodny (za głosowało 97 senatorów, nikt nie był przeciw, dwie osoby wstrzymały się od głosu). Senatorowie nie podzielili przekonania posłów o potrzebie stworzenia alternatywnej ścieżki dostępu do zawodu lekarza i lekarza dentysty dla cudzoziemców spoza państw UE, opowiadając się za usunięciem z ustawy uproszczonego trybu przyznawania PWZ osobom niebędącym obywatelami któregośkolwiek z krajów Unii. „Przyjęte w ustawie rozwiązania uznano za nieprzekonujące, zarówno w zakresie zasad przyznawania tej grupy prawa do wykonywania zawodu, jak i skutków dla polskiego systemu ochrony zdrowia” – czytamy w uzasadnieniu do uchwały Senatu przekazanej przez marszałka Tomasza Grodzkiego marszałek Sejmu Elżbiecie Witek dzień po głosowaniu.

TWARDY ORZECH DLA ORL

Przez ostatnie miesiące wielokrotnie krytykowano kontrowersyjne zapisy o ułatwieniach dla lekarzy cudzoziemców spoza UE. Przepisy obmyślono w tak sprytny sposób, że – zostawiając na boku wiele



Senat uwzględnił wszystkie poprawki, o których wprowadzenie apelowała Naczelna Izba Lekarska w trakcie prac Komisji Zdrowia.

niewiadomych, które się za nimi kryją – odpowiedzialność za ewentualne dopuszczenie tych osób do wykonywania zawodu przerzucono na izby lekarskie i dyrektorów szpitali. Jeśli te rozwiązania wejdą w życie, a to w dalszym ciągu jest możliwe, samorząd lekarski i szefowie lecznic będą adresatami krytycznych uwag, które pojawiłyby się w przyszłości, gdyby absolwenci medycyny z Ukrainy, Białorusi, ale również m.in. krajów Azji czy Afryki, bo oni również byłiby beneficjentami nowego prawa, rozpoczęliby pracę w polskich placówkach i nie wszystko byłoby tak, jak należy. Nie wiadomo, czy większość sejmowa zgodzi się na wyrzucenie tych przepisów z ustawy, skoro przez ostatnie miesiące twardo broniła ich Ministerstwo

265

– tyloma głosami Sejm uchwalił ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty (28 maja)

Zdrowia. Spora część polskich lekarzy nie kryje obaw, bo w wielu krajach świata poziom kształcenia jest znacznie niższy niż w Polsce lub stanowi wielką zagadkę. Gdyby te przepisy zaczęły obowiązywać, twarde orzechy do zgryzienia miałyby okręgowe rady lekarskie, do których zaczęliby się zgłaszać lekarze cudzoziemcy z różnych krajów świata. Dość powiedzieć, że uzyskanie specjalizacji w niektórych państwach trwa rok lub dwa, podczas gdy w Polsce pięć lub sześć. – Nie boimy się konkurencji ze strony lekarzy spoza Unii, ale chcielibyśmy zagwarantować bezpieczeństwo naszych pacjentów, tak aby osoby, które chcą otrzymać w naszym kraju PWZ, przechodziły drogę kształcenia podobną do tej, którą przechodzą polscy lekarze. Obowiązujące prawo w tej kwestii jest wystarczające. Taki lekarz musi nostryfikować dyplom i wykazać się odpowiednią wiedzą – mówi Andrzej Matyja, prezes NRL.

POWINNI ZDAĆ POLSKIE EGZAMINY

Stanowisko samorządu lekarskiego od dawna jest jasne: lekarze spoza UE powinni przejść taki sam proces weryfikacji wiedzy i umiejętności, co osoby kończące studia w Polsce, a wprowadzenie specjalnie z myślą o nich bocznej furtki w postaci „PWZ na miejsce i czas” czy zaliczenia Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego lub jego stomatologicznego odpowiednika, stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów. – Nie powinniśmy luzować żadnych kryteriów. Lekarze z zagranicy muszą zdać polskie egzaminy i wykazać się biegłą znajomością języka polskiego, w przeciwnym razie ciężko będzie się z nimi pracowało – mówi Damian Patecki, wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów. Zamiast próbować polepszyć dolę tych, którzy leczą w Polsce tu i teraz, rząd zaproponował wprowadzenie do systemu, jak to określa prezes ORL w Warszawie Łukasz Jankowski, „lekarzy dwóch prędkości”, gdyż obok Polaków z szerokimi uprawnieniami miałyby pojawić się osoby zdane na odpowiedzialność dyrektora

placówki. Wśród poprawek przyjętych 18 czerwca przez Senat znalazł się zapis o możliwości odbywania rezydentury w priorytetowej dziedzinie medycyny niezależnie od odbytej już specjalizacji i wydłużeniu do 14 dni urlopu szkoleniowego w celu przygotowania się do PES, ale nie wiadomo, czy postowie zaproponowane regulacje zaakceptują. Izba wyższa parlamentu opowiedziała się też za możliwością zatrudnienia przez lekarza i lekarza dentystę wykonującego praktykę lekarską, pod pewnymi warunkami, innego lekarza, np. w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego lub zastępstwa w przypadku czasowej i przemijającej niezdolności do pracy. Zapewne pod wpływem wielu głosów obawiających się nepotyzmu, Senat krytycznie odniósł się do pomysłu, aby tzw. list intencyjny zapewniał dodatkowe punkty w postępowaniu kwalifikacyjnym, dając pierwszeństwo w odbywaniu szkolenia specjalizacyjnego.

NIL PRZEKONAŁ SENAT

Inna z poprawek przewiduje, że lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, choć z pewnymi zastrzeżeniami, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej, a wykonując zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby, ma obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego. Wprowadzone przez senatorów zmiany zakładają, że w przypadku powstrzymania się przez lekarza od wykonania takiego świadczenia zdrowotnego, podmiot leczniczy będzie obowiązany wskazać lekarza lub placówkę, która zapewni możliwość jego wykonania. – Senat uwzględnił wszystkie poprawki, o których wprowadzenie apelowała Naczelna Izba Lekarska w trakcie prac Komisji Zdrowia. Propozycje poprawek samorządu lekarskiego dotyczące m.in. odstąpienia od ułatwień dla specjalistów spoza UE, wydłużenia urlopu szkoleniowego

Zawiedzione nadzieje

W zmianę tej ustawy zaangażowało się bardzo wiele osób, w tym m.in. powołany przez ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego zespół, na czele którego stanął ówczesny wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Jarosław Biliński, a także samorząd lekarski i wielu anonimowych lekarzy. Opublikowana w październiku 2019 r. wersja projektu diametralnie różniła się od tej, która na początku ubiegłego roku trafiła do rąk ministra Szumowskiego. W skali 1-6 dr Biliński ocenił ją wówczas na dwójkę z plusem. Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji w styczniu br., po czym trafił on do Sejmu. Ustawa wprowadzi zmiany od dawna oczekiwane przez środowisko lekarskie w zakresie kształcenia m.in. egzaminów LEK, LDEK i PES, stażu podyplomowego i specjalizacji. Jest ich bardzo dużo – na łamach „Gazety Lekarskiej” szczegółowo je opisywaliśmy w ostatnich miesiącach.

czy odbywania rezydentury w dziedzinie priorytetowej niezależnie od odbytej specjalizacji zostały przejęte przez senatorów, zaakceptowane przez komisję, a następnie uchwalone przez izbę wyższą – podkreśla Wojciech Idaszak, radca prawny NIL. Mimo że projekt rodził się w wielkich bólach, a do ogłoszenia go w Dzienniku Ustaw, jak się wydaje, brakuje bardzo niewiele, to z różnych stron już dochodzą głosy, że należy rozpocząć prace nad kolejną nowelizacją. – Nową, prostszą i przystępniejszą – mówi senator Wojciech Konieczny, dyrektor Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie, bo – jak tłumaczy – ta jest „zawiła, skomplikowana, ma bardzo wiele punktów, podpunktów, paragrafów”. Trudno się z tą ostatnią opinią nie zgodzić, wystarczy zajrzeć do tego, co uchwalono przy ul. Wiejskiej. Rządowy projekt nie został jednak przez senatorów uproszczony. Teraz wszystko zależy od Sejmu, który odniesie się do poprawek „izby zadumy i refleksji”. Później ustawa trafi na biurko prezydenta. ■

97

– tytuł senatorów zagłosowało za wprowadzeniem poprawek do nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (18 czerwca).

WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

Etat i kontrakt w jednej placówce

Umowa o pracę czy tzw. kontrakt? Wielu lekarzy stawiało już przed takim wyborem i go dokonało. W czasie epidemii dylematy te jednak mogą powracać.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK, RADCA PRAWNY OIL W ŁODZI

Niektórzy lekarze w drodze decyzji wojewody zostali skierowani do pracy w szpitalach w związku z epidemią COVID-19, a wcześniej wykonywali zawód w ramach własnej praktyki lekarskiej. Teraz otrzymują propozycje pozostania w tych placówkach. Takie zmiany mają swoje konsekwencje w zakresie opodatkowania przychodów osiągniętych przez lekarzy.

UWAGA NA PODATEK LINIOWY

Przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych przewidują, że jeśli podatnik, który wybrał tzw. liniowy sposób opodatkowania (jedną stawką 19 proc.), uzyska w tym samym roku podatkowym przychody ze świadczenia usług (samodzielnie lub jako wspólnik spółki osobowej) na rzecz byłego lub obecnego pracodawcy, odpowiadających czynnościom, które wykonywał lub wykonuje w ramach stosunku pracy, to traci możliwości rozliczania się liniowo, a do tego musi zapłacić zaliczki na podatek według progresywnej skali podatkowej od przychodów z działalności od samego początku roku, i to z odsetkami za zwłokę.

Problem taki dotknął lekarkę – pediatrę, pracującą na umowę o pracę w oddziale niemowlęcym jednego ze szpitali klinicznych na Śląsku. Jednocześnie prowadziła ona prywatną praktykę lekarską, udzielając porad w gabinecie w POZ, ale też dyżurując w ramach kontraktu w tym samym szpitalu, w którym była zatrudniona na umowę o pracę. Pani doktor

zwróciła się o wydanie interpretacji przepisów prawa podatkowego dotyczącej możliwości opodatkowania podatkiem liniowym dochodów uzyskanych z prowadzenia gabinetu (w tym dyżurów medycznych). We wniosku wskazała, że zakres jej obowiązków z umowy o pracę różni się od tego, jakie wykonuje podczas dyżurów.

WAŻNY ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI

Lekarka wyjaśniała, że na dyżurach przyjmuje pacjentów w trybie nagłym, a opieka nad pacjentami kliniki (i, co ważne, innych oddziałów, na których nie było lekarza dyżurnego) sprowadza się do interwencji w razie nagłego pogorszenia stanu ich zdrowia. Wywodziła także, że chociaż wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to występują różnice między pracą lekarza na oddziale szpitalnym, polegającą na ustalaniu planu leczenia, diagnostyce, wykonywaniu zabiegów, ordynowaniu leków, modyfikowaniu ich dawek, włączaniu nowych leków, zlecaniu badań i konsultacji oraz interpretowaniu ich wyników, a udzielaniem świadczeń zdrowotnych, które ze względu na interwencyjny charakter (w razie zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia) nie odbywają się według planu i nie są ujęte w konkretne ramy czasowe (choć i jedno, i drugie zadanie wymaga często podejmowania tych samych lub podobnych procedur określanych jako „leczenie”). A przecież ograniczenia

dotyczące możliwości skorzystania z opodatkowania podatkiem liniowym nie są związane z posiadaniem określonych kwalifikacji dających możliwość wykonywania zawodu, ale z wykonywaniem konkretnych czynności w ramach stosunku pracy i działalności gospodarczej na rzecz pracodawcy.

WYROK NSA

Dyrektor Izby Skarbowej w Katowicach, wydając w imieniu Ministra Finansów interpretację indywidualną dla lekarki, nie podzielił stanowiska pani doktor i sprawa trafiła do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Ten, wyrokiem z 5 maja 2016 r. (sygn. akt I SA/GI 1056/15) uchylił zaskarżoną decyzję. Od tego wyroku organ skarbowy wniósł skargę kasacyjną, która została oddalona wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z 18 września 2018 r. (sygn. akt II FSK 2416/16). Sądy na pierwszym planie postawiły kwestię tożsamości czynności wynikających z zatrudnienia z czynnościami wykonywanymi w ramach kontraktu o wykonanie usług medycznych przez osobę prowadzącą działalność, którą determinuje zwrot normatywny „odpowiadający czynnościom”. Doszły zgodnie do wniosku, że nie będą tożsame – w myśl analizowanego przepisu – czynności, które nie są identyczne, a pokrywają się tylko w części i występują elementy wspólne w obu rodzajach działalności. ■

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Kara za podważanie zasadności szczepień

Lekarka bez specjalizacji, niepracująca z dziećmi, w wypowiedziach publicznych, nie powołując się na żadne konkretne dowody, wyrażała jako lekarz stanowisko podważające zasadność i konieczność obowiązkowych szczepień dzieci. Twierdziła też, że szczepienia powodują m.in. autyzm u małych dzieci oraz liczne powikłania, i proponowała homeopatię zamiast szczepień.

 kręgowy sąd lekarski (OSL), po rozpoznaniu sprawy, uznał, że takie działania są niezgodne z zasadami wykonywania zawodu lekarza, z Kodeksem Etyki Lekarskiej, i uznał ją winną oraz wymierzył karę nagany. Od tego orzeczenia odwołał się do Naczelnego

Sądu Lekarskiego (NSL) adwokat obwinionej. NSL nie przychylił się do argumentów obrony, i utrzymał orzeczenie OSL w mocy.

Sąd Najwyższy, do którego adwokat wniósł kasację od orzeczenia NSL, oddalił ją 22 maja br. jako oczywiście bezzasadną, a w znacznej części – niedopuszczalną. ■



“

- „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenia ekologiczne. Swoim postępowaniem, również poza pracą zawodową, lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych” [art. 71 KEL]
- „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu” [art. 1 p.3 KEL]

KOMENTARZ



JACEK MIARKA
przewodniczący NSL

W ciągu ostatnich czterech lat NSL orzekał w czterech takich sprawach, i wszystkie zakończyły się wyrokami skazującymi dla lekarzy.

Profilaktyka jest fundamentem medycyny, a profilaktyka chorób zakaźnych poprzez szczepienia jest jednym z największych jej osiągnięć. Dzięki nim zlikwidowano ospę prawdziwą, a rozprzestrzenianie wielu innych chorób takich jak np. odra, tężec, błonica, choroba Heinego-Medina, zostało znacznie ograniczone. Eksperci WHO oceniają, że rocznie zostaje zaszczepionych około miliarda ludzi na świecie, a mniej

więcej 122 mln ludzi zawdzięcza życie szczepieniom, bo bez nich nie mieliby szansy przeżycia dzieciństwa.

Należy z żalem stwierdzić, że u podłoża większości kontrowersyjnych wystąpień publicznych lekarzy aktywistów antyszczepionkowych jest chęć zaistnienia w życiu publicznym i mediach, przypodobania się, czy wykorzystania autorytetu wykonywanego zawodu zaufania publicznego, przy nikłych własnych kompetencjach zawodowych, dla celów komercyjnych. Przekazywanie społeczeństwu nierzetelnych i nieopartych na aktualnej wiedzy medycznej informacji o szczepieniach jest całkowicie niezgodne z zasadami wykonywania zawodu lekarza, z Kodeksem Etyki Lekarskiej, i jest szkodliwe społecznie. Natomiast naszą wspólną troską, lekarzy i społeczeństwa, jest walka o to, żeby szczepionki spełniały najwyższe standardy jakości, skuteczności i bezpieczeństwa, aby w sposób racjonalny i rozważny modyfikować zalecenia i obowiązujący kalendarz szczepień, i w tym zakresie chętnie współpracujemy ze wszystkimi. ■

INICJATYWA SENATU RP

Benefity dla walczących z COVID-19

W maju Senat RP przyjął projekt ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. Znaczna część rozwiązań ma stanowić pilną odpowiedź na postulaty środowiska medycznego.

TEKST **KATARZYNA WITA**, APLIKANT ADWOKACKI, CZŁONEK AKCJI „ADWOKACI DLA MEDYKÓW”
SEKCJA PRAWA MEDYCZNEGO I FARMACEUTYCZNEGO ORA WARSZAWA

Projekt otwiera zapowiedź uregulowania kwestii dodatku do wynagrodzenia i dodatku specjalnego za pracę w godzinach nadliczbowych.

WYŻSZE PŁACE

Wyodrębnienie dwóch dodatków jest zdecydowaną odpowiedzią na potrzeby. W ramach akcji „Adwokaci dla Medyków” wielokrotnie pojawiały się pytania odnośnie wynagrodzeń. Jednym z najczęstszych było stosowanie regulacji z art. 47 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹. Czy lekarz pracujący w placówce przekształconej w szpital jednoimienny ma prawo do wynagrodzenia w wysokości 150 proc.? Niestety nie. Lekarz, będący już zatrudnionym w przekształconym szpitalu, nie ma uprawnienia do skorzystania z podwyższonego wynagrodzenia. Uprawnienie to posiadają wyłącznie ci lekarze, którzy do tego szpitala zostaną skierowani w drodze decyzji wojewody (lub ministra).

To oznacza, że pomimo narażenia się na to samo ryzyko, występuje znaczna nierówność w stosunku do lekarzy. Ma to zmienić ustawa zaprojektowana przez Senat. Zakłada ona dodatek w wysokości 100 proc. wynagrodzenia zasadniczego dla wszystkich lekarzy, którzy wykonują działalność leczniczą w ramach świadczeń szpitalnych, wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 lub w którego wyodrębnionej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia zdrowotne wyłącznie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, mający bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dodatek ma obejmować także lekarzy uczestniczących w transporcie takich pacjentów. Co istotne, dodatek ma przysługiwać niezależnie od formy zatrudnienia danego lekarza. Z szacunkowych wyliczeń wynika, że miesięczny koszt wypłaty dodatku do wynagrodzenia wyniosłby około 83 mln zł. Kwota ta nie obejmuje składek finansowanych przez pracodawcę.



Czy lekarz pracujący w placówce przekształconej w szpital jednoimienny ma prawo do wynagrodzenia w wysokości 150 proc.?

W ramach akcji „Adwokaci dla Medyków” pojawiały się również pytania o nadgodziny. Czy lekarzowi pracującemu przy zwalczaniu epidemii przysługuje wyższe wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych? Tu również odpowiedź, w obecnym stanie prawnym, będzie negatywna. Poza kodeksem pracy, żaden akt prawny nie traktuje o takich uprawnieniach. Senacki projekt zakłada też mechanizm wypłat dodatków za pracę w godzinach nadliczbowych. Ponownie, niezależnie od formy zatrudnienia, lekarz pracujący w warunkach wskazanych jak

WAŻNE

Lekarz, będący już zatrudnionym w przekształconym szpitalu, nie ma uprawnienia do skorzystania z podwyższonego wynagrodzenia.

przy wypłacie dodatku, o którym mowa powyżej, otrzymywałby dodatek specjalny w wysokości 50 proc. wynagrodzenia zasadniczego za pracę w godzinach nadliczbowych. Warto podkreślić, że objąłby on także lekarzy, którzy pracowali w nadgodzinach w okresie 1 kwietnia 2020 r. – 30 czerwca 2020 r. Ustawa miałaby więc moc wsteczną. Pomysłodawcy noweli nie byli w stanie określić, jakim obciążeniem dla budżetu byłby ten dodatek. Propozycja uregulowania dopłat uzyskała pozytywną opinię Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej².

BADANIA NA OBECNOŚĆ SARS-COV-2

W projekcie znalazł się także punkt, który zakłada wprowadzenie badań wśród medyków na obecność wirusa SARS-CoV-2. Badaniom podlegać mają lekarze niezależnie od formy zatrudnienia, przez cały okres trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii do 60 dni od odwołania tego stanu, a także pracujący w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych. W zakresie kosztów ponoszonych w związku z projektowanym obowiązkiem badań na obecność wirusa, przy założeniu, że w placówkach ochrony zdrowia zawód medyczny wykonuje 360 tys. osób (dane CSIOZ, stan na 31 grudnia 2018 r.) oraz, że koszt wykonania badania wynosi 28 zł (dane NFZ), miesięczny koszt planowanej regulacji wyniesie ok. 403 mln zł.

Roztropny podatnik może zadać sobie pytanie: „czy warto?”. Za przykład może posłużyć sytuacja, która zaistniała w jednym ze szpitali i finalnie trafiła do akcji „Adwokaci dla Medyków”. Pracownicy medyczni nie byli systematycznie badani na obecność

wirusa. Doszło do zakażenia pacjentów i personelu medycznego. Dopiero na wyraźną, kilkukrotną prośbę lekarzy przeprowadzono testy. Roztropny podatnik znowu może zapytać: „po co wprowadzać cotygodniowe testy, skoro istnieje możliwość przebadania na życzenie?”. Odpowiedzią jest dalszy rozwój sytuacji we wskazanym szpitalu. Test wykonany był zbyt późno, w wyniku czego na kwarantannę musiał być wysłany cały oddział, zamiast np. jednej grupy lekarzy, ponieważ rotacja pracowników i upływ czasu był już za duży. Generowało to konieczność skoordynowania i opłacenia nowego personelu medycznego, który w zastępstwie będzie opiekował się pacjentami. Koronnym stwierdzeniem jest też fakt, że lekarz ma leczyć. Od dbania o jego bezpieczeństwo są czy to pracodawca, czy ustawodawca. To te dwa podmioty winny skupić się na koordynacji testów, zamiast dopuszczać do sytuacji, w której lekarze sami muszą się o te testy upomnieć. Wprowadzenie tych regulacji poparła Naczelna Rada Lekarska. Prezydium NRL postuluje jednak, aby przesunąć ciężar podejmowania decyzji o tym, których pracowników przebadać, na kierowników danej placówki medycznej, którzy w wyborze lekarzy skierowanych na badanie uwzględnialiby specyfikę pracy na danym stanowisku oraz istniejące ryzyka transmisji wirusa w odniesieniu do wprowadzonych ograniczeń i procedur zapobiegawczych w danym podmiocie.

URLOP WYTCNIENIOWY I ZESPOŁY WSPARCIA

Projekt zakłada także kolejne, pozapłacowe benefity dla lekarzy. Jednym z nich jest urlop wytchnieniowy, opiewający na siedem pełnopłatnych dni urlopu, które lekarz mógłby wykorzystać w terminie 12 miesięcy po



Prezydium NRL postuluje, aby przesunąć ciężar podejmowania decyzji o tym, których pracowników przebadać, na kierowników danej placówki medycznej.

upływie 60 dni od odwołania epidemii. Enigmatycznie natomiast opisany został projekt stworzenia zespołów wsparcia dla lekarzy i pielęgniarek. Składałyby się one ze studentów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa i położnictwa. Student otrzymywałby wynagrodzenie i wykonywał zadania „dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności” oraz miałby on podlegać „nadzorowi i kierownictwu” odpowiedniego lekarza specjalisty. W projekcie po raz kolejny zaznaczono też obowiązek zapewnienia lekarzowi środków ochrony osobistej.

Na chwilę obecną znane jest jedynie brzmienie senackiej propozycji ustawy, do której opinii udzieliła Naczelna Rada Lekarska. W czerwcu odbyło się pierwsze czytanie tego projektu w sejmowej Komisji Finansów Publicznych. W chwili oddania tego numeru „GL” do druku nie jest jeszcze znany termin kolejnych etapów prac legislacyjnych. Nie wiadomo więc kiedy, w jakim kształcie i czy w ogóle wejdzie w życie. ■

¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U.2019.1239.

² Stanowisko Nr 58/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2020 r. w sprawie senackiego projektu ustawy o uzupełnieniu instrumentów wsparcia systemu opieki zdrowotnej w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

TARCZA ANTYKRYZYSOWA

Postojowe z ZUS

Jakie są terminy na złoŹenie wniosku RSP-D oraz RSP-DK?

TEKST **BEATA WIERZCHOWSKA**,
RADCA PRAWNY NIL

Zgodnie z przepisami specustawy koronawirusowej¹ (art. 15zs), wnioski o świadczenie postojowe dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą, czyli również lekarzy wykonujących zawód w formie praktyk lekarskich, powinny być złożone w ZUS najpóźniej w ciągu trzech miesięcy w odniesieniu do miesiąca, w którym został zniesiony ogłoszony stan epidemii.

Jednocześnie (zgodnie z art. 15zua), złożenie wniosku o kolejne świadczenie postojowe (formularz RSP-DK) jest możliwe tylko wówczas, gdy osoba prowadząca działalność gospodarczą wcześniej złożyła wniosek o świadczenie postojowe (formularz RSP-D).

Patrząc na te zapisy, nie powinno być wątpliwości, że skoro nadal mamy stan epidemii, to nie upłynął jeszcze termin do złożenia wniosku o świadczenie postojowe np. za kwiecień, jeżeli lekarz nie złożył jeszcze wniosku, a właśnie w tym miesiącu nastąpił spadek obrotów.

KTÓRE MIESIĄCE SĄ PORÓWNYWANE?

Niestety, okazuje się, że ZUS PUE automatycznie we wniosku wypełnia okresy i dla wniosku składanego w czerwcu porównuje automatycznie miesiące maj z kwietniem. Chcąc dostać postojowe z uwagi na kwietniowy przestój – według ZUS – naleŹało zatem złożyć wniosek w maju. Jeżeli w maju była jakakolwiek sprzedaŹ,

“

Nie powinno być wątpliwości, że skoro nadal mamy stan epidemii, to nie upłynął jeszcze termin do złożenia wniosku o świadczenie postojowe.

postojowe nie będzie przysługiwać także za czerwiec (bo maj na pewno będzie lepszy niż kwiecień). W takiej sytuacji lekarz albo musi poczekać do kolejnego miesiąca, w którym wystąpi spadek przychodów, albo musi zawiesić działalność gospodarczą – wtedy nie porównuje się przychodów z dwóch miesięcy. Zdaniem ZUS harmonogram składania wniosków wynika z zapisów odnoszących się do daty miesiąca składania wniosku.

Przypomnieć naleŹy, że świadczenie postojowe przysuguje, gdy w następstwie wystąpienia COVID-19 doszło do przestoju w prowadzeniu działalności przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą. Osobie prowadzącej taką działalność świadczenie postojowe przysuguje, jeżeli rozpoczęła jej prowadzenie przed 1 kwietnia br. i:

1. nie zawiesiła prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej oraz jeżeli przychód z prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej – w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych – uzyskany w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia

wniosku o świadczenie postojowe był o co najmniej 15 proc. niŹszy od przychodu uzyskanego w miesiącu poprzedzającym ten miesiąc;

2. zawiesiła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej po 31 stycznia br.

JAK ZARADZIĆ?

Wydaje się, iŹ problem moŹe wynikać z braku wyraźnego rozróżnienia przez ustawodawcę miesiąca, którego dotyczy wniosek, oraz miesiąca złożenia wniosku. Postulując nie się jedynie pojęciem „miesiąca złożenia wniosku” ogranicza prawa wynikające z art. 15zs ustawy koronawirusowej. Ratunkiem dla tych, którzy znajduj się w opisanej sytuacji, a z różnych przyczyn nie złożyli wniosku np. za kwiecień w maju, moŹe być złożenie wniosku w formie papierowej, bez pośrednictwa ZUS PUE, z powołaniem się na podstawę prawną z art. 15zs¹.

Drukując wniosek, naleŹy przekreślić drukowane wprost z systemu okresy i daty, a następnie wpisać właściwe – zgodnie z intencją wnioskodawcy. Ewentualna odmowa przyznania świadczenia przez ZUS musi być sformalizowana i przyjąć formę decyzji, od której przysuguje odwołanie do sądu ubezpieczeń, dlatego jest nadzieja na pogłębioną ocenę stanu prawnego w zakresie postojowego i pozytywny wynik dla wnioskodawców.

Niezależnie od tej moŹliwości moŹna teŹ spróbować skorzystać z instytucji przywrócenia terminu do złożenia wniosku. ■

¹ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.).

BIULETYN

NR 3 (196)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, VI 2020

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 19 czerwca 2020 r.

UCHWAŁA Nr 6/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 19 czerwca 2020 r. w sprawie zatwierdzenia wykonania budżetu i przeznaczenia zysku Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2019

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

§ 1.

1. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2019, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 40 623 184,99 zł.

2. Postanawia się przeznaczyć zysk w kwocie 2 974 941,57 zł na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom z przeznaczeniem na zasilenie funduszu celowego dla wsparcia finansowego dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz ich rodzin.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

UCHWAŁA Nr 7/20/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 19 czerwca 2020 r. zmieniająca uchwałę w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy

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

§ 1.

W uchwale nr 44-03-IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 24 lutego 2003 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej samorządu lekarzy wprowadza się następujące zmiany:

1) § 1 uchwały otrzymuje brzmienie:

„§ 1. Działalność samorządu lekarzy jest finansowana ze składek członków samorządu oraz z innych źródeł, o których mowa w art. 114 ust. 2

ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965)”;

2) w § 2 ust. 2 i 4 otrzymują brzmienie:

„2. Preliminarz budżetowy Naczelnej Izby Lekarskiej sporządza się z podziałem na:

1/ plan działalności finansowanej ze składek członkowskich, opłat i innych wpłat dokonywanych przez lekarzy i lekarzy dentystów;

2/ plan działalności finansowanej ze środków finansowych otrzymywanych z budżetu państwa na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 5 pkt 3-6, 11 i 11a ustawy z dnia 2

grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, oraz czynności, których wykonywanie na podstawie odrębnych przepisów zostało przekazane izbom lekarskim;

3/ plan działalności gospodarczej;

4/ plan działalności Gazety Lekarskiej;

5/ plan przychodów i kosztów”.

„4. Preliminarz budżetowy okręgowej izby lekarskiej sporządza się z podziałem na:

1/ plan działalności finansowanej ze składek członkowskich, opłat i innych wpłat dokonywanych przez lekarzy i lekarzy dentystów;

2/ plan działalności finansowanej ze środków finansowych otrzymywanych z budżetu państwa na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 5 pkt 3-6, 11 i 11a ustawy z dnia 2

grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, oraz czynności, których wykonywanie na podstawie odrębnych przepisów zostało przekazane izbom lekarskim;

3/ plan działalności gospodarczej;

4/ plan działalności biuletynu okręgowej izby lekarskiej;

5/ plan przychodów i kosztów”.

3) W § 5 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Nadzór nad prawidłowością wydatkowania środków finansowych sprawują odpowiednio Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i prezesi okręgowych rad lekarskich”.

4) W § 11 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dokumenty dotyczące zobowiązań majątkowych okręgowej rady lekarskiej podpisują prezes

lub wiceprezes oraz skarbnik”.

5) W § 12 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Środkami pieniężnymi na rachunkach bankowych dysponują:

1/ w Naczelnej Izbie Lekarskiej skarbnik lub sekretarz oraz prezes lub wiceprezesi Naczelnej Rady Lekarskiej,

2/ w okręgowej izbie lekarskiej skarbnik lub sekretarz oraz prezes lub wiceprezesi okręgowej rady lekarskiej”.

6) W § 13 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Za realizację budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej lub okręgowej izby lekarskiej odpowiedzialność ponoszą:

1/ skarbnik;

2/ Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej lub odpowiednio prezes okręgowej rady lekarskiej;

3/ dyrektor (kierownik) biura i główny księgowy;

4/ prezydium właściwej rady lekarskiej”.

7) W § 16 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Prezes lub Skarbnik Naczelnej Rady Lekarskiej może zwrócić się do prezesa okręgowej rady lekarskiej o przekazanie Naczelnej Radzie Lekarskiej sprawozdania, o którym mowa w ust. 1. W takim wypadku prezes okręgowej rady lekarskiej przekazuje sprawozdanie w terminie 3 tygodni od dnia otrzymania wniosku”.

8) § 17 otrzymuje brzmienie:

„§ 17

1. Sprawozdanie finansowe izby lekarskiej sporządza się zgodnie z przepisami ustawy z dnia 9 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351).

2. Okręgowe izby lekarskie oraz Naczelna Izba Lekarska zobowiązane są stosować przyjęte zasady (politykę) rachunkowości, rzetelnie i jasno przedstawiając sytuację majątkową i finansową oraz wynik finansowy.

3. Sprawozdanie finansowe sporządza się na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych oraz na inny dzień bilansowy.

4. Sprawozdanie finansowe składa się z:

1/ bilansu;

2/ rachunku zysków i strat;

3/ informacji dodatkowej.

5. Jeżeli izba lekarska spełnia warunki, o których

mowa w art. 64 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, sprawozdanie finansowe obejmuje ponadto zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym oraz rachunek przepływów pieniężnych. 6. Sprawozdanie finansowe sporządza się w postaci elektronicznej oraz opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.

7. Roczne sprawozdanie finansowe sporządza się nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia bilansowego. 8. Sprawozdanie finansowe jest zatwierdzane przez właściwą radę lekarską lub działającą z jej upoważnienia prezydium rady i podpisywane z podaniem daty podpisu przez osobę, której powierzono prowadzenie ksiąg rachunkowych, oraz Prezesa lub prezesa okręgowej rady lekarskiej. Odmowa podpisania sprawozdania finansowego wymaga pisemnego uzasadnienia, dołączonego do sprawozdania finansowego.

9. Jeżeli izba lekarska spełnia warunki, o których mowa w art. 64 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, przed zatwierdzeniem roczne sprawozdanie finansowe podlega badaniu zgodnie z wymogami przeprowadzania badań określonymi w ustawie z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 1421)".

9) § 19 otrzymuje brzmienie:

„§ 19

W przypadku stwierdzenia zaległości w opłacaniu składek członkowskich przez okres przekraczający 6 miesięcy należy:

1/ m skierować do członka samorządu upomnienie z wyznaczeniem terminu do uregulowania należności,

2/ po bezskutecznym upływie terminu wymienionego w pkt. 1 należy dodatkowo przeprowadzić z członkiem samorządu zalegającym z opłatą składki członkowskiej rozmowę ostrzegawczą lub wysłać ponowne upomnienie z wyznaczeniem dodatkowego terminu do zapłaty oraz ostrzeżeniem o grożącej odpowiedzialności majątkowej,

3/ po bezskutecznym upływie dodatkowego terminu zapłaty zastosować przewidziany w ustawie o izbach lekarskich tryb ściągnięcia należności w drodze postępowania egzekucyjnego w administracji".

10) W § 22 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. W przypadku stwierdzenia zaległości w przekazywaniu przez okręgowe izby lekarskie należnej części składki do Naczelnej Izby Lekarskiej przez okres przekraczający 2 miesiące, Skarbnik NRL zobowiązany jest:

1/ skierować do prezesa okręgowej rady lekarskiej upomnienie z wyznaczeniem terminu do uregulowania należności,

2/ zawiadomić właściwą okręgową komisję rewizyjną i Naczelną Komisję Rewizyjną.

2. Po bezskutecznym upływie terminu wymienionego w ust. 1 pkt 1 Prezydium NRL przeprowadza z prezesem okręgowej rady lekarskiej zalegającej z wpłatą należnej NIL części składki bezpośrednią rozmowę z wyznaczeniem ostatecznego terminu zapłaty oraz określeniem wysokości należności wraz z odsetkami".

11) W § 23 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Sprawdzenia dowodów księgowych pod względem merytorycznym dokonuje odpowiednio Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i prezes okręgowej rady lekarskiej lub skarbnik tych rad.

3. Sprawdzenie dowodów księgowych pod względem formalno-rachunkowym dokonuje główny księgowy lub osoba wyznaczona przez Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej lub prezesa okręgowej rady lekarskiej".

12) § 24 otrzymuje brzmienie:

„§ 24

Naczelna Rada Lekarska i okręgowe rady lekarskie prowadzą rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351)".

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 8/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 czerwca 2020 r.
w sprawie upoważnienia
do zawarcia umowy na prace remontowe
w lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia z Panią Gabriellą Owczarek prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Godesign Gabriela Owczarek umowy na prace remontowe w lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej o powierzchni 343,43 m², za cenę do kwoty 550.000 złotych netto (słownie: pięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ

Marek Jodłowski

PREZES

Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 9/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 czerwca 2020 r.
w sprawie przynależności Naczelnej Izby
Lekarskiej do międzynarodowych
organizacji lekarskich
i lekarsko-dentystycznych**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 23 i art. 40 ust. 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Kontynuować przynależność Naczelnej Izby Lekarskiej do wszystkich międzynarodowych

organizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, wskazanych w Uchwale Nr 14/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 września 2008 r., uznając to za istotny element współpracy międzynarodowej środowiska lekarskiego.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 6/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 19 czerwca 2020 r.
w sprawie propozycji wprowadzenia
dokumentu Prawo Wykonywania
Zawodu w formie zapisu elektronicznego
do aplikacji mTożsamość**

W nawiązaniu do przedstawionej podczas telekonferencji w dniu 4 czerwca 2020 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Cyfryzacji propozycji wprowadzenia dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu w formie zapisu elektronicznego do aplikacji mTożsamość, Naczelna Rada Lekarska wyraża następujące stanowisko:

1. Umieszczenie w aplikacji mTożsamość dokumentu elektronicznego zawierającego podstawowe dane (imię i nazwisko, oznaczenie tytułu zawodowego lekarz/lekarz dentysta, nr prawa wykonywania zawodu) powinno być fakultatywne, dostępne dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy wyrażą zainteresowanie posiadaniem dostępu do takiej legitymacji. Ten elektroniczny dokument byłby swego rodzaju legitymacją lekarza i nie będzie miał statusu elektronicznej wersji Prawa Wykonywania Zawodu. Uprawnienie do wydawania dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu i prowadzenia Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów pozostaje w wyłącznej gestii Izb Lekarskich.

2. Należy rozważyć stopniowe wprowadzanie dokumentu PWZ wg nowego, opracowanego przez NIL wzoru (w postaci karty poliwęglanowej), początkowo wydawanej nowym członkom samorządu, jednakże z możliwością wykorzystania (do czasu wyczerpania zapasów) dotychczas stosowanych dokumentów papierowych (książeczek). Umożliwi to stopniowe wprowadzenie nowego dokumentu PWZ, bez konieczności jednoczesowej wymiany ok. 190 tys. dokumentów (koszty rozłożone w czasie, mniejsze obciążenie biur okręgowych izb lekarskich). W okresie przejściowym dopuszczalne byłoby funkcjonowanie dwóch wzorów dokumentów – papierowa książeczka i karta poliwęglanowa.

3. Należy zapewnić, żeby obecnie stosowany, papierowy dokument PWZ zachował ważność bezterminowo. Lekarze, którzy posiadają ten dokument, nie powinni być zmuszani do jego wymiany.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

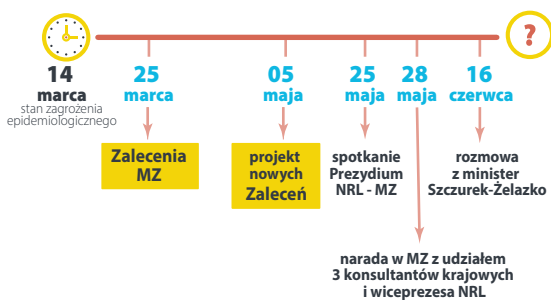
DENTAL ESPRESSO

Dwie ryciny

Nie będzie to może powrót do rysunków naskalnych, ale bez jakiejś formy nawiązania do prostszych metod komunikacji chyba się nie obędzie.

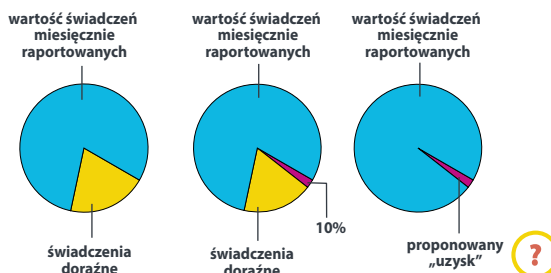
W dwóch obszarach kluczowych dla funkcjonowania stomatologii w dobie epidemii mamy całkowitą blokadę i zawieszenie. Na nic zdają się spotkania, ustalenia, ustne zapewnienia.

Rycina pierwsza, czyli jak Minister Zdrowia w niezbędne wskazówki epidemiologiczne stomatologów polskich wyposażał:



Najpierw, choć czas naglił, czekaliśmy do 25 marca na zalecenia. Od 5 maja czekamy na zatwierdzenie projektu nowych – tego dnia projekt ten wyciekł do mediów i żyje własnym życiem, a który zgodnie z konkluzją zarówno narady z 28 maja i osobistych zapewnień Pani Minister miał być „na dniach” zatwierdzony. W efekcie mamy Zalecenia MZ według stanu na dzień 25 marca, czyli samego środka pandemicznych obostrzeń. Zalecenia to nie jest twardy przepis (wtedy rzeklibyśmy „dura lex, sed lex”), niemniej wielokrotnie deklarowaliśmy chęć ich przestrzegania. Czy można jednak na serio spodziewać się powszechnego respektowania nieaktualnych Zaleceń?

Rycina druga. Jak wiemy, Prezes NFZ nie wyposażył stomatologów w żaden instrument, który umożliwiłby wykonanie umowy tegorocznej. Nie przekonuje Pana Prezesa jak widać argument, że mając jednego pacjenta na godzinę i ponad dwumiesięczne zapóźnienia, nie damy rady. Rycina ilustruje potencjalny uzysk z propozycji, jaką NFZ złożył wykonującym umowy w jedynie dwóch spośród siedmiu zakresów świadczeń. Co mają zrobić pozostali? Na to nawet ryciny nie da się sporządzić. Tak więc niebieskie koło symbolizuje średnią wartość raportowaną co miesiąc w tych dwóch zakresach. Wśród rozlicznych procedur są te, które możemy nazwać „doraźnymi” – przede wszystkim dające ulgę w bólu. Są one jednak mizernie wycenione. I właśnie na te świadczenia (powtórzmy – tylko w dwóch zakresach) NFZ chciał nałożyć 10 proc. podwyżkę. Jaki byłby praktyczny wymiar i uzysk takiego „dobrodrojeństwa”? – widać na trzecim elemencie tryptyku.



Może taki przekaz będzie skuteczniejszy? Redukuje to trochę finezję porozumiewania się, ale cóż zrobić, skoro spisana w tradycyjnej formie argumentacja nie skutkuje? ■



Strona Komisji
Stomatologicznej NRL



Profil KS NRL na Twitterze
@StomatolodzyN

STOMATOLOGIA

Czekamy na konkretne decyzje



Ogłoszenie stanu epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2 spowodowało niemały zamęt w działalności gabinetów stomatologicznych. Powodem tego były kłopoty z dostępem do środków ochrony indywidualnej, jak i brak jakichkolwiek ujednoliconych procedur, które określałyby sposób postępowania w praktykach dentystycznych.

TEKST **JACEK WOSZCZYK**, LEKARZ DENTYSTA

Konsultanci krajowi w dziedzinach stomatologicznych rekomendowali ograniczenie zabiegów do niezbędnego minimum.

25 marca Ministerstwo Zdrowia opublikowało „Zalecenia postępowania przy udzielaniu świadczeń stomatologicznych w sytuacji ogłoszonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.” Dokument ten praktycznie ograniczył pracę lekarzy dentystów do wykonywania procedur tzw. pilnej interwencji.

PRZETERMINOWANE ZALECENIA

Narzucony jeszcze większy reżim sanitarny wymógł konieczność doposażenia gabinetów w dodatkowe środki ochrony indywidualnej, a także, niejednokrotnie, w dodatkowy sprzęt. Dostęp do nich był jednak bardzo utrudniony. Już 17 kwietnia Prezydium NRL zwróciło się z apelem do Ministerstwa Zdrowia o przygotowanie zasad udzielania świadczeń stomatologicznych do końca 2020 roku. Nie otrzymano odpowiedzi. Na początku maja udostępniono roboczą wersję aktualizacji marcowych zaleceń. Oficjalnie jednak nowa wersja nie stała się obowiązującą. Tak

naprawdę nie wносиła ona nic nowego. Od ukazania się obowiązujących, marcowych zaleceń minęły jednak ponad trzy miesiące.

Są już pierwsze szacunki, w jaki sposób ograniczenie przyjmowania pacjentów wpłynęło na kondycję ekonomiczną gabinetów stomatologicznych. Zaznaczyć trzeba, że ok. 80 proc. stanowią placówki w pełni komercyjne. Jak wynika z informacji zamieszczonej przez Infodent24.pl, dotyczącej badań rynku dokonanych przez f. MediRaty, 73 proc. gabinetów stomatologicznych deklaruje ograniczenie działalności i redukcję etatów o co najmniej 20 proc.

73%

- taki odsetek gabinetów stomatologicznych deklaruje ograniczenie działalności i redukcję etatów o co najmniej 20 proc.

GOTOWI DO PRACY

Nasuwa się pytanie, czy gabinety w chwili obecnej są gotowe do pracy w pełnym zakresie? Tak, są gotowe i to od dość dawna. Wdrożono procedury zabezpieczające zarówno personel jak i pacjentów. Wprowadzono reżim sanitarny i zaopatrzone się w środki ochrony indywidualnej w stopniu dotąd niespotykanym. Co w takim razie ogranicza działalność lekarzy dentystów?

„Odmrożenie życia gospodarczego” nastąpiło dość szybko i dotyczyło prawie wszystkich, niestety z pominięciem gabinetów stomatologicznych. Decyzja o przywróceniu planowego leczenia przez lekarzy dentystów leży po stronie Ministerstwa Zdrowia oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich. Niezrozumiałe jest milczenie niektórych konsultantów, którzy powinni znać aktualną sytuację stomatologów. Resort zdrowia wysyła sygnały sugerujące możliwość uwolnienia

zabiegów planowych, ale na sygnałach się kończy. W innych europejskich krajach gabinety stomatologiczne zaczęły pracować w pełnym zakresie już od połowy kwietnia.

Jak wynika z napływających informacji od lekarzy dentystów, obecna sytuacja na rynku stomatologicznym wykorzystywana jest przez właścicieli podmiotów (dotyczy to szczególnie dużych „sieciovek”) do zmiany warunków zatrudnienia. Tłumaczy się to faktem spadku ilości przyjęć i wzrostu kosztów obsługi pacjenta. Takie zmiany nie są korzystne dla lekarzy dentystów.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że anachroniczne zalecenia z 25 marca wymagają zmian. Olbrzymia w tym jest inicjująca rola konsultantów. Stan zdrowia pacjentów bez dostępu do leczenia planowego będzie się pogarszał. Pogarsza się też sytuacja zawodowa lekarzy dentystów. Czekamy więc, aż podjęte zostaną wreszcie zdecydowane decyzje Ministerstwa Zdrowia. ■



ANKIETA

COVID-19 a prowadzenie praktyk i podmiotów w stomatologii

Od 26 czerwca na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej można wypełnić ankietę, która będzie pomocna w zebraniu informacji, w jakiej sytuacji znaleźli się lekarze dentyści po wybuchu epidemii koronawirusa.

„Jesteśmy liczną grupą zawodową. COVID-19 to nowe wyzwanie, przed którym stanęliśmy jako lekarze, ale również jako osoby mające rodziny i jako przedsiębiorcy, którzy albo pracują sami, zatrudniają innych lub też są pracownikami. Ankieta pozwoli na sporządzenie krótkiego raportu ze stanu naszej branży w danym momencie” – pisze Andrzej Cisko, wiceprezes NRL, zachęcając do jej wypełnienia.

Zapis odpowiedzi na pytania nie zawiera żadnych informacji identyfikujących, chyba że takie informacje zostały wprowadzone w odpowiedzi na któreś z pytań. Indywidualny kod dostępu do ankiety nie jest połączony z odpowiedziami, lecz zapisywany w osobnej bazie danych, w której przechowywana jest jedynie informacja, czy udzielono odpowiedzi.

Ankieta jest anonimowa



27 PYTAŃ



10 MINUT

– mniej więcej tyle czasu potrzeba na udzielenie odpowiedzi



Konferencja w NIL

16 czerwca w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie odbyła się konferencja prasowa poświęcona aktualnym problemom w ochronie zdrowia, podczas której przedstawiciele samorządu lekarskiego zwrócili uwagę na trudną sytuację w stomatologii. Niskie finansowanie w ramach NFZ przy ogromnym wzroście kosztów udzielania świadczeń z powodu pandemii koronawirusa przyczynia się do coraz trudniejszej dla stomatologów sytuacji.

– Brakuje jasnych wytycznych i zaleceń dotyczących udzielania świadczeń z zakresu stomatologii w dobie obecnego kryzysu oraz aktualnych zaleceń, które są już nieadekwatne w porównaniu do początku pandemii. Dodatkowo w projekcie nowego zarządzenia NFZ z 2 czerwca 2020 r. pozostał zapis, aby przyjmować jednego pacjenta na godzinę, dochodzą koszty środków ochrony indywidualnej i dezynfekcji. To wszystko nie gwarantuje gabinetom rentowności. Trzeba również zwrócić uwagę, że zaproponowana przez NFZ podwyżka wyceny świadczeń w stomatologii dotyczy tylko 2 z 7 zakresów stomatologii i to tych, które były najgorzej wycenione. Zwiększono wycenę świadczeń endodontycznych, ale nie rozwiązuje to problemu. Pozostaje obawa, czy większość praktyk stomatologicznych przetrwa do przyszłego roku. Jest coraz więcej sygnałów, że gabinety rozważają w perspektywie rezygnację z realizacji świadczeń dla NFZ ze względu na ich nieopłacalność, a to z kolei może ograniczyć dostęp pacjentów do leczenia – mówił wiceprezes NRL Andrzej Cisko. (MJ)

STOMATOLOGIA

CEDE online i on demand

Webinary, panele dyskusyjne, wirtualne zwiedzanie stoisk i edukacja – tak będzie wyglądała tegoroczna edycja CEDE.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Od blisko 30 lat lekarze dentyści spotykali się we wrześniu na dorocznych targach sprzętu stomatologicznego CEDE. Wystawa była połączona ze zjazdami, kongresami, prezentacjami, które przyciągały kilka tysięcy uczestników z kraju i zagranicy. To było dla lekarzy dentyistów kultowe wydarzenie branżowe i towarzyskie.

Z HAL WYSTAWOWYCH DO INTERNETU

Niestety, tak jak i całą gospodarkę, epidemia SARS-CoV-2 wyrzuciła do góry nogami także branżę dentyścyczną i wymusiła na organizatorach targów zupełnie nowe rozwiązania dotyczące dzielenia się najnowszymi nowinkami technicznymi i wiedzą. Impreza z hal wystawowych przenosi się do internetu, gdzie w dniach 24-26 września zaprezentuje się w nowej formule „Virtual Dental Exhibition by CEDE”.

Organizator tego przedsięwzięcia, firma Exactus, zapewnia, że jest to najbardziej oryginalny międzynarodowy projekt stomatologiczny w tym roku. Wirtualne stoiska wystawców, interakcje na żywo, webinary, panele dyskusyjne – w tym wszystkim będzie można uczestniczyć na żywo w systemie online i przez cały kolejny miesiąc w trybie on demand. – Robimy to z myślą o bezpieczeństwie wystawców i zwiedzających, ale też chcielibyśmy pozytywnie zaskoczyć ich nową formułą i mamy nadzieję, że spełni ona oczekiwania

zarówno producentów sprzętu stomatologicznego, jak i lekarzy dentyistów uczestniczących w naszym nowym projekcie – podkreśla Ewa Mastalerz, prezes firmy i dodaje, że wprawdzie nic nie zastąpi bezpośrednich kontaktów między wystawcami i zwiedzającymi, to jednak wirtualna wystawa znakomicie wpisuje się w biznesowe trendy. Ma także nadzieję, że epidemia minie i jeszcze w grudniu tego roku dojdzie do zorganizowania CEDE – tym razem w Łodzi – w tradycyjnej formule.

PLATFORMA VDE

CEDE zawsze kojarzono z pawilonami, stoiskami, ofertą producentów, promocjami, pokazami, z edukacją i wymianą opinii. Łukasz Sowa, dyrektor zarządzający w spółce Exactus, tłumaczy, że nowoczesna technologia umożliwia w dużym stopniu przybliżyć te realia – dzięki wykorzystaniu platformy VDE, jednej z najnowocześniejszych amerykańskich platform do organizacji wydarzeń online na świecie. – Dzięki tej platformie możliwe będzie pokazanie właściwie wszystkiego, co znamy z tradycyjnych wystaw – przekonuje Łukasz Sowa. A więc będą pawilony z wystawcami, z bogatą ofertą produktów stomatologicznych i sprzętu oraz obsługą stoisk, komunikacją prowadzoną w czasie rzeczywistym (czat, audio, video), udziałem zwiedzających w webinarach i firmowych kongresach. W planie są nawet wirtualne gry terenowe.

FAKT

Webinary będą realizowane przez zintegrowaną platformę.

WEBINAR W ROLI GŁÓWNEJ

W swojej długoletniej historii wystawa CEDE, poprzez wykłady, zjazdy i kongresy, była zawsze połączona z edukacją. W interaktywnej rzeczywistości podstawowym narzędziem edukacyjnym będzie webinar organizowany „na stoisku” lub w części ogólnej kongresowej. O tym, czy ta forma edukacji będzie nieodpłatna, zadecydują organizatorzy (np. wystawcy). Zainteresowani tego rodzaju formułą edukacji skierowanej do lekarzy dentyistów mają możliwość organizacji całodniowych sesji, a nawet własnych kongresów w sali wykładowej na wyłączność.

Nauka będzie odbywać się w czterech trybach. Tryb live session stwarza możliwość interakcji z wykładowcą w czasie rzeczywistym. Webinary będą realizowane przez zintegrowaną platformę Zoom, co nie wymaga dodatkowej rejestracji czy logowania, oraz clickmeeting, Tryb semi-live session przewiduje odtworzenie wcześniej przygotowanych wykładów, debat lub prezentacji, ale w taki sposób, aby przypominały formułę live session. Część „live” stanowi tu wykładowca, który w czasie rzeczywistym odpowiada na pytania. W trybie on demand uczestnicy mają możliwość odtworzenia nagranych wcześniej webinarów, bez możliwości zadawania wykładowcy pytań. Zaplanowana jest także transmisja hybrydowa, czyli stream na żywo wydarzeń odbywających się w świecie rzeczywistym. ■

OPINIE

Co po wirusie?

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 sparaliżowało świat. Byliśmy zaskoczeni i przerażeni gwałtownością zmian i zjadliwością zarazka.

TEKST ANDRZEJ BASZKOWSKI

Mała cząsteczka RNA, widoczna tylko w specjalnych mikroskopach, „coś” na pograniczu istoty żywej i martwej, o biologii, której wiemy tyle, co nic, zagrało nauce i naszej cywilizacji na nosie.

Nie wiemy, skąd się wirus wziął, dlaczego akurat w Chinach i w jaki sposób tak szybko oplótt Ziemię. Ani co sprawia, że – jak uczy doświadczenie – każda epidemia po szczycie aktywności samorzutnie wygasa. Czekamy, żeby tak się stało z koronawirusem. Może budujemy ten świat nie tak, jak należałoby? A może nie mamy budować, tylko wyzbywszy się zarozumiałości, z pokorą dostosowywać się do otaczającej przyrody? Doświadczamy zdarzeń, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani wytłumaczyć, ani im się przeciwstawić, a które kolejny raz pokazują naszą małość wobec potęgi natury. Bezradni patrzymy na huragany, powodzie, trzęsienia ziemi, epidemie. Przecież całkiem niedawno płonęła Australia... Próbuje się uczyć, ale najczęściej tylko liczymy ofiary i straty... I żyjemy dalej. Zdumiewające, ile my, ludzie, jako gatunek potrafimy znieść, zapomnieć, a potem odrodzić się, dostosować i trwać.

Władza była głucha na ostrzeżenia naukowców i specjalistów. Medycy walczyli. Jednak do dyspozycji mieli co najwyżej leczenie objawowe. Wiemy już, że „celem” wirusa jest

multiplikowanie, co wywołuje ciężką chorobę, a nawet śmierć. Trudno uwierzyć, że w XXI w. najskuteczniejszą bronią jest izolacja! Nie ma odpowiednich leków. Ludzie się boją. Społeczeństwo patrzy na rząd. Przez lata administracja odmawiała przeznaczania dostatecznych środków finansowych na medycynę, bo ponoć ich nie było. Z oszczędności likwidowano także szpitale, oddziały, szpitale. Skąd wziąć pieniądze teraz – na walkę z epidemią? Nie było środków na budowę placówek zakaźnych, i nie wystarcza na sprzęt, kombinezony, ochraniacze, gogle, maski, testy. Brakuje wszystkiego, łącznie z personelem.

Czy samorząd lekarski jest potrzebny, a jeżeli tak, to co trzeba zrobić, aby był skuteczniejszy? Wydarzenia ostatnich miesięcy przerażyły tempem zmian i ich zakresem. Kiedyś pandemia się skończy, ale stary świat już nie wróci. Musimy zacząć funkcjonować inaczej we wszystkich dziedzinach naszej aktywności. Może solidarniej? Wiele trzeba będzie zorganizować od początku. W służbie zdrowia też. Przy tych działaniach nie może zabraknąć lekarzy. Jest szansa na skuteczniejsze ich działanie. Odpowiedzmy na te pytania innymi pytaniami: kto ma pilnować naszych spraw? Administracja zawiodła. Kto ma czuwać nad tym, aby uniknąć starych błędów? I tego polskiego biernego przyzwolenia, „że wszystkie zmiany są dozwolone pod warunkiem, że wszystko zostanie po staremu”...

“

Zdumiewające, ile my, ludzie, jako gatunek potrafimy znieść, zapomnieć, a potem odrodzić się, dostosować i trwać.

Władzy nie zależy na zasadniczych zmianach. Tymczasem naukowcy alarmują, że wirus może wrócić. Czy urzędnicy usłyszają ostrzeżenia? Czy nie zabraknie podstawowego sprzętu ochronnego dla personelu medycznego? Czas dominacji urzędników i polityki powinien się skończyć. To naukowcy i specjaliści powinni mieć głos i decydować o zmianach w ochronie zdrowia. Samorząd lekarzy i lekarzy dentyków od lat domagał się poprawienia niedomagającego systemu. Walczył z oportunistą władzy. Chociaż tym razem nie dajmy się zakrzyczeć. Wiemy, czego chcemy i jak naszym zdaniem powinna wyglądać ochrona zdrowia w tym kraju. Jest szansa, żeby ją zmienić. Wykorzystajmy ją! Nawet jeżeli tę zmianę zawdzięczać będziemy paradoksalnie wirusowi właśnie. ■

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

Czas zmian

Z prof. **Jerzym Samochowcem**, prezesem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Prof. Jerzy Samochowiec:
- Możemy jedynie spekulować, iż w najbliższym czasie dojdzie do nasilenia zaburzeń afektywnych, szczególnie depresyjnych, lękowych czy też uzależnień i zaburzeń behawioralnych.



GL Jakie szkody wyrządził wirus SARS-CoV-2 w psychiatrii?

Organizacja Narodów Zjednoczonych wydała w maju raport na temat związku COVID-19 ze zdrowiem psychicznym. Alarmuje w nim, że już przed wybuchem pandemii SARS-CoV-2 statystyki dotyczące zdrowia psychicznego na świecie były dramatyczne, a obecna sytuacja epidemiologiczna może je pogorszyć.

ONZ podjęło działania mające na celu wsparcie osób z grup ryzyka oraz zapewnienie opieki osobom z problemami psychicznymi, jednak ze względu na skalę zjawiska większość potrzeb w tym zakresie pozostaje niezaspokojona. Przyczyną są wieloletnie zaniedbania dotyczące inwestycji w promocję i profilaktykę zdrowia psychicznego oraz opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Wpływ epidemii na zdrowie psychiczne jest zmienną, której nie jesteśmy jeszcze w stanie rzetelnie oszacować oraz w sposób ilościowy i jakościowy przewidzieć. Możemy jedynie spekulować, iż w najbliższym czasie dojdzie do nasilenia zaburzeń afektywnych, szczególnie depresyjnych, lękowych czy też uzależnień i zaburzeń behawioralnych.

GL Okazało się, że w pracy terapeutycznej można stosować technikę online. Czy ten kierunek będzie rozwijany?

Terapia, pomoc psychologiczna i psychoterapia były prowadzone online już wcześniej, choć nigdy na tak dużą skalę. Nie były też finansowane przez NFZ. Dzięki wspólnym działaniom Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, konsultanta krajowego do spraw psychiatrii oraz pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw

reformy psychiatrii, udało się wypracować porozumienie, które umożliwia wykonywanie i rozliczanie przez NFZ porad psychiatrycznych, psychologicznych i sesji psychoterapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych w ramach publicznej ochrony zdrowia. Problemem pozostaje konieczność uzyskania skierowania do pierwszorazowej sesji – stoimy na stanowisku, że albo powinno wystarczyć e-skierowanie od psychiatry albo na czas pandemii takie skierowanie w ogóle nie powinno być potrzebne. Rozmowy trwają.

GL Czy konieczność izolowania się i presja związana z zachowywaniem środków ostrożności wpłyną na zdrowie psychiczne Polaków i czy psychiatria w obecnym kształcie udźwignie ten ciężar?

Każdy z nas jest wyposażony w swój niepowtarzalny, indywidualny zestaw mechanizmów obronnych dotyczących radzenia sobie w różnych sytuacjach, również stresowych. Mimo najwyższego poziomu dystresu, wydaje się, że ujawnione objawy ostrego stresu pourazowego (acute stress disorder, ASD) mogą obejmować do 20 proc. populacji. To wniosek pośrednio retrospektywny, wysnuty na podstawie występowania objawów PTSD po traumie u tych, którzy wcześniej spełniali kryteria ostrego zaburzenia stresowego, np. ASD po ataku na WTC w 2001 r.

Można przypuszczać, że w grupie nieradzących sobie z traumą i ujawniających później nasilone objawy znajdą się osoby pozbawione efektywnych, adaptacyjnych mechanizmów ochronnych, związanych z brakiem wsparcia społecznego, dotknięte innymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, wcześniejszymi traumami, odcięte od wiarygodnej informacji. Uważam, że w wyniku epidemii koronawirusa do „obłężenia” psychiatrii nie dojdzie, choć więcej osób będzie wymagało pomocy farmakologicznej czy psychoterapii.

GL Pokutuje u nas model psychiatrii opartej o szpitalnictwo. Jakie miejsce w systemie zajmuje psychiatria środowiskowa?

Azylowy model leczenia psychiatrycznego, polegający na zamykaniu chorych psychicznie w „psychuszkach molochach”, położonych na peryferiach miast, się nie sprawdził. Pogłębiał tylko izolację pacjentów, a świat dawno się z tego modelu wycofał. Dąży się do leczenia w oparciu o niewielkie oddziały psychiatryczne, zlokalizowane przy szpitalach ogólnych, w których hospitalizuje się pacjentów wymagających stałej, całodobowej opieki.



Zdecydowana większość chorych pozostaje pod opieką w domach. W każdym powiecie, większej gminie czy dzielnicy powinno powstać centrum zdrowia psychicznego, obsługujące 50-200 tys. mieszkańców, zapewniające kompleksową opiekę w ramach mobilnych zespołów leczenia środowiskowego pracujących w domu pacjenta, realizujących wizyty domowe, terapię indywidualną i grupową, a także pracę z rodziną pacjenta oraz porady lekarskie i psychologiczne, indywidualną oraz grupową psychoterapię, pomoc pielęgniarstwa i interwencje socjalne oraz psychiatryczny oddział dzienny i oddział stacjonarny w szpitalu ogólnym, do którego kieruje się pacjenci wymagający hospitalizacji, z którym CZP ma podpisaną umowę. Do tego infolinia psychiatryczna, która przyjmuje zgłoszenia przez całą dobę i powiadamia zespół interwencji kryzysowej. W tym systemie powinni też działać koordynatorzy opieki, przydzielani każdemu choremu, monitorujący cały proces leczenia.

To brzmi jak bajka.

Ale takie są realia. W ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w lipcu ubiegłego roku wystartował pilotaż centrów zdrowia psychicznego. Powstało już ich 27. Obejmują one opiekę psychiatryczną około 3 mln Polaków (10 proc.). Do programu dołączają kolejne placówki, część z nich rozszerza swoją działalność. Liczę, że w przyszłości opieką środowiskową będzie objętych około 5-6 mln osób. To jest rewolucja w psychiatrii, która może przybliżyć nas do długo oczekiwanej normalności. Liczę na efekt kuli śniegowej.

Niedoskonałości systemu są szczególnie dotkliwe w psychiatrii dzieci i młodzieży.

Wkrótce zaczną działać pierwsze z 300 poradni psychologicznych. Dzieci i młodzież oraz ich opiekunowie mogą już korzystać ze świadczeń psychologicznych i psychoterapeutycznych bez skierowania – do psychiatrów mają być kierowani wyłącznie potrzebujący diagnozy psychiatrycznej lub terapii farmakologicznej. Wprowadzono też nowe specjalności z zakresu terapii oraz psychoterapii dzieci i młodzieży i rozszerzono możliwość specjalizacji w zakresie w psychologii klinicznej dzieci i młodzieży.

Od tego roku funkcjonują ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, uwzględniające poziom referencyjny zatrudniający specjalistów – psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych. Mogą zgłaszać się do nich rodzice dzieci oraz młodzież do 18 r.ż. (wymagana jest zgoda opiekuna prawnego na korzystanie ze świadczeń) w przypadku wystąpienia niepokojących objawów. Sytuacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi jest bardzo trudna, system nie zapewniał skutecznej i holistycznej pomocy pacjentom i ich rodzinom. Jest to również obszar medycyny dotknięty deficytem kadr specjalistów.

Mówi się o rozwoju w Polsce prywatnego sektora opieki psychiatrycznej. Czy to ma sens?

Zapotrzebowanie na usługi psychiatryczne jest ogromne, sektor prywatny może stanowić uzupełnienie sektora

publicznego, jednak w Polsce zdecydowana większość społeczeństwa korzysta z publicznej opieki psychiatrycznej i ten kierunek należy rozwijać, ale to wiąże się z pieniędzmi. Aby realizować założenia reformy systemu leczenia psychiatrycznego, potrzebny jest wzrost nakładów finansowych o dwie trzecie, co stanowi blisko miliard złotych rocznie. Zmianę należy wprowadzić najpóźniej w 2023 r., by NFZ mógł kontraktować świadczenia obejmujące opiekę ambulatoryjno-środowiskową i dzienną dedykowaną mieszkańcom każdego powiatu lub dzielnicy w oparciu o budżet per capita. Także od początku 2023 r. środki na usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym szczególnie po kryzysie psychicznym, powinny być włączone do ogólnego budżetu CZP, na zasadach uzgodnionych międzyresortowo. Nowy sposób finansowania i rozliczeń ma umożliwić prowadzenie skoordynowanych i zintegrowanych działań dostosowanych do indywidualnych potrzeb.

Na czym obecnie skupia swoją działalność Polskie Towarzystwo Psychiatryczne?

Towarzystwo proponuje, zaleca i aktualizuje standardy postępowania z chorymi psychicznie, w tym także tych z podejrzeniem bądź zakażeniem SARS-CoV-2. Publikujemy na bieżąco informacje i wytyczne dotyczące pacjentów zakażonych koronawirusem, którzy wymagają psychofarmakoterapii. Wykorzystując nowe technologie, wprowadzamy system elektronicznej komunikacji i ewidencji członków PTP, zabiegamy o zmianę wizerunku psychiatrii w społeczeństwie, angażujemy się też w edukację młodych psychiatrów – w tym roku zainaugurowaliśmy Szkołę Młodych Psychiatrów PTP.

Jubileusz 100-lecia PTP, przypadający w bieżącym roku, zobowiązuje, jednak nadrzędnym celem jest wspieranie reformy psychiatrii dorosłych oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, a także negocjacji dotyczących właściwej wyceny procedur psychiatrycznych i podejmowania racjonalnych decyzji refundacyjnych odnośnie dostępu do nowych leków neuropsychiatrycznych. Wymogiem czasu stało się przeniesienie do sieci wszelkich aktywności – spotkań naukowych, wykładów i seminariów. Dlatego 28. Europejski Kongres Psychiatrii, zorganizowany przez największe międzynarodowe stowarzyszenie psychiatrów w Europie, który zaplanowano na 4-7 lipca br., będzie miał wymiar wirtualny, ale już 46. Kongres Psychiatrów Polskich odbędzie się w normalnym trybie, w czerwcu w 2021 r. ■



W Polsce jest 4155 specjalistów psychiatrii zajmujących się leczeniem dorosłych i 876 lekarzy specjalizujących się w leczeniu psychiatrycznym dorosłych.

Lekarzy psychiatrów zajmujących się leczeniem dzieci i młodzieży jest 403, a kolejnych 107 jest w trakcie specjalizacji.

Na 1 mln dorosłych przypada 108 psychiatrów, a na 1 mln dzieci i młodzieży zaledwie 5,8 specjalistów w tej dziedzinie.

COVID-19

Koronawirusowe dylematy

Pandemia COVID-19 zaskoczyła cały świat – zarówno naukowców, lekarzy, jak i pacjentów, a także wiele instytucji oraz władze, które chciały podejmować decyzje zapewniające bezpieczeństwo obywatelom.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Zmasowana krytyka spadła na działającą w ramach ONZ Światową Organizację Zdrowia oraz Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, czyli agencję UE odpowiedzialną m.in. za wczesne wykrywanie potencjalnych zagrożeń dla zdrowia we wspólnocie, w tym zwłaszcza tych związanych z chorobami zakaźnymi.



Świat stanął w obliczu niepewności i, przynajmniej gdzieś, autentycznej paniki, przez co niejednokrotnie przyjmowano sprzeczne ze sobą decyzje i zalecenia. Temat rozmów był jeden – koronawirus, a wprowadzone w wielu krajach drakońskie kary (np. w Polsce za złamanie rządowych zakazów wprowadzono grzywny do 30 tys. zł) dodatkowo podsyciły atmosferę grozy. Wraz z pojawieniem się SARS-CoV-2 i nadejściem nieznanej w przebiegu i skutkach nowej choroby COVID-19, a także brakiem wiedzy, w jaki sposób skutecznie się przed nią uchronić i jak ją leczyć, sporo osób oczekiwało jednoznacznych odpowiedzi, i to w krótkiej, przystępnej formie. Tymczasem to, co nowe, jest jeszcze

nieznane, a kiedy brakuje pewnej wiedzy, przewidywanie przyszłości obarczone jest ryzykiem i do pewnego stopnia bywa wróżeniem z fusów. Wszyscy łaknęli wiedzy o nowym koronawirusie i, mimo upływu czasu, nadal mamy do czynienia z jej niedostatkiem.

Od początku pandemii pojawiają się wątpliwości, czy rząd i minister zdrowia podejmowali właściwe decyzje, w oparciu o jakie dane naukowe to robili, jacy eksperci wspierali najważniejszych decydentów. Mnogość pytań kierowane do naukowców i lekarzy m.in. o to, w jaki sposób zabezpieczyć się przed zakażeniem, na ile COVID-19 jest groźny i jakie wywołuje powikłania, czy obowiązek zastraszania nosa i ust stanowi realne zabezpieczenie przed SARS-CoV-2

itd. Im więcej było przypadków zakażeń i im więcej obostrzeń wprowadzano, tym poszukiwanie odpowiedzi na te i szereg innych pytań stawało się coraz bardziej powszechne. Problem w tym, że pytań rodziło się coraz więcej, a jednoznacznych odpowiedzi nie przybywało.

Nie wszystkie wątpliwości da się łatwo rozstrzygnąć. Postanowiliśmy zadać pytania nurtujące znaczną część społeczeństwa, w tym – co widzimy po telefonach i listach do naszej redakcji – również wielu naszych czytelników lekarzy, nie oczekując, aby odpowiedzi były w krótkiej, chwytliwej formie, znanej zwłaszcza z mediów społecznościowych. Krótki przekaz bywa efektowny, ale nie zawsze oddaje istotę sprawy.

FAKT

Od początku pandemii pojawiają się wątpliwości, czy rząd i minister zdrowia podejmowali właściwe decyzje.

W jakim stopniu noszenie maseczek chroni przed zakażeniem? Czy wszyscy powinni zasłaniać usta i nos?

Oprac. MT



**PROF. WŁODZIMIERZ
GUT**

biolog, specjalista
w zakresie
mikrobiologii
i wirusologii

Jestem trochę sceptyczny wobec powszechnego obowiązku noszenia maseczek. Co do zasady zachowanie bezpiecznej odległości od innych jest ważniejsze od zakrywania nosa i ust w każdej sytuacji. Gdyby społeczeństwo było zdyscyplinowane i stosowałoby się do wszystkich reguł, takich jak np. utrzymanie bezpiecznego dystansu, to wszyscy mogliby chodzić po ulicach z odsłoniętą twarzą. Mimo że trwa pandemia COVID-19, nie można popadać w żadne skrajności, bo samo stosowanie maseczek nie rozwiązuje żadnego problemu epidemiologicznego. Osłona nosa i ust stanowi tylko jedną z wielu barier fizycznych przed chorobami roznoszonymi drogą kropelkową, co w niektórych sytuacjach jest absolutnie niezbędne, ale nie stanowi panaceum przed zakażeniem się koronawirusem SARS-CoV-2.

Wychodząc z domu na dłużej, trzeba mieć kilka masek i co kilkadziesiąt minut je zmieniać, ale wiadomo, że nie wszyscy tak robią. Włożenie zawilgoconej maseczki do kieszeni nie jest najlepszym pomysłem, a przyniesienie jej do domu i postąpienie w niewłaściwy sposób sprawia, że ryzykujemy zakażenie siebie lub domowników. Koronawirusa można łatwo się

pozbyć w domowych warunkach w temperaturze 60 st. Celsjusza, po 10 minutach już go nie ma, ale co zrobić np. z prątkami gruźlicy, które również mogą się znaleźć na osłonie niedawno zdjętej z twarzy? Masek nie należy też tak po prostu wyrzucać do kosza, a że to nie tak rzadkie zjawisko, widać na wielu ulicach, a chyba jeszcze dobitniej na włoskich plażach.

Maseczkę przede wszystkim powinien nosić chory oraz osoba wchodząca w skażone środowisko, czyli np. medyk w przychodni czy szpitalu. Lekarz, mając bliski kontakt z pacjentami, a więc z osobami potencjalnie chorymi, powinien ją zakładać w pracy, a im wyższej klasy to będzie ochrona, tym lepiej. Jednak, tak jak reszta społeczeństwa, musi mieć świadomość, że noszenie jednej maski chirurgicznej przez cały dzień niewiele mu pomoże. Tam, gdzie mamy do czynienia z osobami prawdopodobnie zakażonymi, wszelkie środki ostrożności redukują szanse utraty zdrowia przez lekarza, tym bardziej, że koronawirus przenosi się na innych, zanim u chorego wystąpią objawy.

Nie wyobrażam sobie, aby lekarz dentysta był bez maseczki, skoro przy borowaniu sam wytwarza aerozol. W każdej sytuacji łączącej się z wydzielaniem aerozolu powinno się ją zakładać i gabinety stomatologiczne bez wątpienia są miejscami, gdzie jest to niezbędne. To, czy osoby pracujące w rejestracji w przychodni powinny zasłaniać usta i nos, zależy od organizacji pracy i tego, czy np. istnieją bariery fizyczne w postaci folii czy plastikowych szyb zabezpieczających przed ewentualnym zakażeniem drogą kropelkową ze strony pacjentów. ■

Od kilku miesięcy niezmiennie namawiam do noszenia maseczek w przestrzeni zamkniętej, np. w przychodni, w sklepie czy w środkach komunikacji publicznej. Poza zasłanianiem twarzy, ważne jest też, byśmy utrzymywali dystans społeczny, nie wchodząc nikomu na plecy podczas oczekiwania w kolejce, a także myli ręce i dezynfekowali to, co znajduje się wokół nas. Nie twierdzę, że maseczki są jedyną skuteczną receptą na trwającą pandemię koronawirusa, ale w obliczu braku szczepionki i leków należy stawiać na profilaktykę, a pewien rygoryzm powinien na długo pozostać wśród całego społeczeństwa. Jestem za wystawianiem wysokich mandatów za brak zasłoniętej twarzy z uwagi na troskę o zdrowie publiczne, tym bardziej, że w ostatnich tygodniach mamy do czynienia z zaskakującą skalą egoizmu i bezymyślności.

Brakuje jednolitej narracji w odniesieniu do utrzymywania rygorów sanitarnych, w tym zakrywania nosa i ust w przestrzeni publicznej. To oczywiste, że część z nas różnie ocenia przepisy dotyczące stosowania masek, ale lekarz lekarza zrozumie, nawet jeśli obaj mówią o tym w trochę odmienny sposób. Różniąc się w niektórych kwestiach, mówimy praktycznie to samo, ale pacjenci odbierają to inaczej, bo pewnych zagadnień po prostu nie rozumieją. Między sobą możemy się spierać, ale zwracając się do

pacjentów czy kierując słowa do całego społeczeństwa, medycy powinni mówić jednym głosem. W debacie publicznej należałoby mniej niuansować przekaz związany z noszeniem maseczek. Powinien on być bardziej jednoznaczny: tak lub nie. W całej Europie komunikacja ze społeczeństwem szwankuje, co prowadzi do lekceważenia przepisów wprowadzanych w celu ograniczenia liczby zakażeń. Tak ustanowione prawo nie powinno podlegać złej ocenie ze strony lekarzy.

Większość naszych pacjentów w ogóle nie zdaje sobie sprawy z tego, jak wygląda przebieg ciężkiej choroby zakaźnej. W Polsce na ulicach nie było zgonów spowodowanych COVID-19, a media nie epatowały dramatycznymi przypadkami ze szpitali, bo na szczęście ich uniknęliśmy. W przyszłości, w razie dużej liczby zakażeń koronawirusem, choć nie wykluczam niczego, to jednak mało prawdopodobny wydaje mi się powrót do tak rygorystycznego nakazu zasłaniania nosa i ust po wyjściu z domu, jak było wiosną, bo rządzący widzą, że posłuch społeczny wobec ich decyzji jest coraz mniejszy. Wielu ludzi nie dowierza ministrowi zdrowia, patrząc na niego jak na polityka, a nie lekarza. Niestety spora część społeczeństwa nie utożsamia się z żadnymi autorytetami, postrzegając siebie za eksperta w każdej dziedzinie, także w zakresie pandemii. ■



**DR N. MED. MICHAŁ
SUTKOWSKI**

specjalista chorób
wewnętrznych
i medycyny rodzinnej

W oparciu o jakie medyczne przesłanki, poza rekomendacjami WHO, uznano, że dzieci do 4. r. ż. nie są zagrożone wirusem SARS-CoV-2 i nie muszą nosić maseczek, a starsze ustawowo podlegają temu obowiązkowi, ponieważ założono, że są utajonym nosicielem tego wirusa? Rząd, wprowadzając te obostrzenia, uznał także, że – niezależnie od wieku – dzieci w przedszkolu nie muszą nosić masek, a po wyjściu na zewnątrz, już tak. Czy to ma sens?

Oprac. LK



**PROF. JAROSŁAW
PEREGUD-
POGORZELSKI**

prezes Polskiego
Towarzystwa
Pediatrycznego

W przypadku zalecenia noszenia masek u dzieci od 4 r. ż. bardziej chodzi o to, że młodszemu dziecku trudno wytłumaczyć, dlaczego powinno nosić maskę. Nie ma żadnych medycznych powodów, dla których akurat ten przedział wiekowy wzięto pod uwagę, wydając to zalecenie. Nie kierowano się w tej kwestii żadnymi podstawami naukowymi. Jeśli jednak chodzi o chronienie się przed koronawirusem, bardziej stawiałbym tutaj na zdrowy rozsadek rodziców i personelu w przedszkolach niż na ochronę w postaci masek.

Dzieci, wchodząc do przedszkola, te maski zdejmują, zakładają je, wychodząc na zewnątrz. Wychowawca powinien wykazać się czujnością

i obserwować, w jakim stanie zdrowia dzieci wchodzi do placówki i jak się zachowują podczas zabawy czy zajęć i w razie podejrzenia choroby natychmiast reagować. Powinien też wiedzieć, kiedy dziecko nie musi nosić maski, a kiedy jest to wskazane. Ważniejsza niż noszenie masek jest dbałość o zachowanie bezpiecznej odległości między dziećmi, a w takim skupisku jak przedszkole nie jest to łatwe. Trudno też dostrzec zagrożenie, ponieważ z reguły zakażenie koronawirusem u dzieci przebiega bezobjawowo. Tego rodzaju zaleceń nie da się więc interpretować i realizować odtąd dotąd. To nieprawda, że dzieci nie chorują na COVID-19, wprawdzie skala zagrożenia chorobą jest nieporównywalnie mniejsza niż u dorosłych, jednak występują także zachorowania wśród dzieci. Wiele zależy od tego, jakie rejony, skupiska i ogniska rozpatrujemy. W rejonach endemicznych – czyli na Mazowszu, Śląsku – zachorowalność jest większa, a np. w woj. pomorskim nie było ani jednego przypadku. ■

Będę bronił zalecenia noszenia masek wśród dzieci, ponieważ uważam to za postawę właściwą, wzorcową, wychowującą. Jeśli się spotykamy na chwilę z kimś spoza środowiska, to zakładamy maskę, również dziecku, bo po co ryzykować, ale we własnym gronie tego rodzaju zabezpieczenie nie jest konieczne. W Niemczech w szkołach przestrzegano się rygorów dotyczących zachowania odległości siedzenia uczniów w ławkach, nie wolno im używać tych samych ołówków i długopisów, a po szkole te same dzieci idą na plac zabaw, gdzie się ze sobą bawią, grają w piłkę i nie doszukuje się w tym czegoś bezsensownego.

Proszę pamiętać, że koronawirus zostanie z nami na długo, a może na zawsze i maska stanie się stałym

elementem naszego życia. Trzeba się z nią oswoić, zaakceptować i wymagać tego samego od swoich dzieci. I nie obrażamy się, kiedy lekarz, wchodząc do sali chorych, prosi pacjenta, aby założył maskę i sam nie zbliża się do chorego bez tego rodzaju zabezpieczenia. Do znudzenia należy powtarzać i wpajać dzieciom, że już metrowy dystans pięciokrotnie zmniejsza ryzyko zakażenia, a maska – o 70 proc. Nawet zwykłe okulary chronią przed tym wirusem. Przebieg choroby COVID-19 jest zależny od ilości wirusów, które nas zakażyły, więc środki barierowe odgrywają duże znaczenie. Zaniepokoiła mnie w tym kontekście wypowiedź jednego z naszych wybitnych sportowców, o ile została prawidłowo przytoczona, że stosował wszystkie rodzaje ochrony, a i tak się zaraził. Jest to oczywiście możliwe, ale mało prawdopodobne. Bardziej prawdopodobne jest to, że niewłaściwie się zabezpieczał. Środki barierowe działają, bo właśnie dzięki nim ogranicza się rozmiary epidemii COVID-19 we wszystkich krajach świata. ■



**PROF. LESZEK
SZEMBORN**

kierownik Katedry
i Kliniki Pediatrii i
Chorób Infekcyjnych
UM we Wrocławiu

Na jakiej podstawie podejmowane są decyzje dotyczące wprowadzania/zdejmowania ograniczeń dotyczących funkcjonowania społeczeństwa (m.in. zasłaniania ust i nosa, dopuszczania działalności restauracji, hoteli, kin, teatrów, siłowni, zakładów fryzjerskich etc.) związanych ze zwalczaniem epidemii COVID-19 w Polsce? Czy decyzje te są podejmowane na podstawie analiz/raportów, a jeśli tak, to jakich i kto jest ich autorami?

Oprac. LS

Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało nam, że korzysta z kilku modeli, które są podstawą opracowania prognoz i scenariuszy uwzględniających wprowadzane interwencje. Modele są tworzone zarówno przez analityków resortu zdrowia, jak i współpracujące jednostki naukowo-badawcze (m.in. Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Wrocławskiej i PZH).

Opracowywane są zarówno parametryczne, jak i nieparametryczne modele rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. Stworzone zostały ponadto modele SEIR – dostosowane do warunków polskich – oraz modele mikrosymulacyjne (agentowe). Resort zdrowia podkreśla też, że modele są na bieżąco kalibrowane, po to, aby jak najtrafniej odzwierciedlać dynamikę sytuacji i obserwację zachodzących zmian.

Ministerstwo Zdrowia korzysta też na bieżąco ze wsparcia zespołów analitycznych NIZP-PZH, GIS, NFZ, ABM oraz konsultantów krajowych, są to m.in.: prof. Andrzej Horban – konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, prof. Radosław Owczuk, konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii czy dr Iwona Paradowska-Stankiewicz, konsultant krajowa w dziedzinie epidemiologii.

Na pytanie, dlaczego podczas konferencji prasowych na temat wprowadzanych ograniczeń czy ich luzowania, w których udział biorą Prezes Rady Ministrów i Minister Zdrowia, nie wypowiadają się dodatkowo eksperci, np. lekarze czy naukowcy, którzy tłumaczyliby, dlaczego konkretne decyzje w kwestii nakładania bądź zdejmowania ograniczeń, Ministerstwo Zdrowia odpowiedziało, że korzysta ze wsparcia merytorycznego ekspertów przed konferencjami prasowymi i na podstawie ich opinii minister formułuje swoje wypowiedzi. ■

Eksperti zaangażowani w prace modelowania epidemiologicznego dla COVID-19 oraz przygotowujący analizy i doradający ministrowi zdrowia Łukaszowi Szumowskiemu:

dr hab. Magdalena Rosińska, prof. NIZP – PZH, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru
dr Daniel Rabeczenko, Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, NIZP – PZH
prof. Anna Gambin, Wydział Matematyki, Informatyki i Mechaniki, Uniwersytet Warszawski
dr hab. Ewa Szczurek, Wydział Matematyki, Informatyki i Mechaniki, Uniwersytet Warszawski
dr hab. Błażej Miasojedow, Wydział Matematyki, Informatyki i Mechaniki, Uniwersytet Warszawski
dr Krzysztof Gogolewski, Wydział Matematyki, Informatyki i Mechaniki, Uniwersytet Warszawski
dr hab. Tyll Kruger, prof. Politechniki Wrocławskiej, Wydział Elektroniki, Kierownik Grupy MOCOS (MOdelling COronavirus Spread)
dr Marek Bawiec, Wydział Elektroniki, Politechnika Wrocławska, Grupa MOCOS
Marcin Bodych, Wydział Elektroniki, Politechnika Wrocławska, Grupa MOCOS
dr Agata Migalska, Grupa MOCOS
Tomasz Ożański, Wydział Elektroniki, Politechnika Wrocławska, Grupa MOCOS
dr inż. Franciszek Rakowski, kierownik zespołu Modelu epidemiologicznego Interdyscyplinarnego Centrum Modelowania Uniwersytetu Warszawskiego
Karol Niedzielewski, Zespół Modelu epidemiologicznego, ICM UW
dr Łukasz Górski, Zespół Modelu epidemiologicznego, ICM UW
dr Jakub Zieliński, Zespół Modelu epidemiologicznego, ICM UW
dr Jędrzej Nowosielski, Zespół Modelu epidemiologicznego, ICM UW
dr Magdalena Gruziel-Słomka, Zespół Modelu epidemiologicznego, ICM UW
Marcin Semeniuk, Zespół Modelu epidemiologicznego, ICM UW
dr Rafał Bartczuk, Zespół Modelu epidemiologicznego, Katolicki Uniwersytet Lubelski
dr Jan Kisielewski, Zespół Modelu epidemiologicznego, Uniwersytet w Białymstoku

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Odblokować system

SARS-CoV-2 wymusił zmianę zasad funkcjonowania poradnictwa specjalistycznego i niektórych oddziałów szpitalnych.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Lekarze apelują do pacjentów, aby z powodu strachu przed zakażeniem koronawirusem nie odkładali leczenia na późniejszy termin.

Dotyczy to nie tylko stanów nagłych, takich jak podejrzenie zawału serca czy udaru mózgu, gdzie są opory przed wezwaniem karetki pogotowia, ale też porad specjalistycznych i planowych zabiegów w szpitalach, których wcześniej ustalone terminy zostały odwołane.

Czy zablokowane organizacyjnie przez SARS-CoV-2 leczenie specjalistyczne ma szansę na powrót do sytuacji sprzed pandemii? Co się zmieni, a co zostanie po staremu? Już wiadomo, że teleporady, choć w kryzysowej sytuacji się sprawdziły, nie zawsze mogą zastąpić wizyty np. u nefrologa, ginekologa, laryngologa, urologa, ortopedy czy hematologa. To samo dotyczy rehabilitacji.

FORMUŁA TRIAGE

W Polsce 25 proc. wszystkich nowotworów dotyczy układu moczowo-płciowego, np. nowotwory nerki, pęcherza, gruczołu krokowego. W 80 proc. ich leczeniem zajmują się urolodzy. W czasie pandemii specjalność ta musiała radykalnie zmienić sposób funkcjonowania. Zastosowano formułę triage. Opieka w tym systemie polega na segregacji pacjentów na tych, którzy wymagają natychmiastowej interwencji medycznej (u nich odroczenie terminu leczenia mogłoby



W trudnej sytuacji wciąż jest 185 tys. osób ze schorzeniami nerek niewymagających dializoterapii.

wpłynąć negatywnie na jego odległe wyniki), tych, którzy mogą poczekać oraz tych, którzy powinni bezwzględnie czekać, ponieważ w ich przypadku istnieje groźba zakażenia koronawirusem. Zasady te opracowało i zaleciło na czas pandemii Polskie Towarzystwo Urologiczne.

Zdaniem prof. Piotra Chłosty, prezesa PTU oraz kierownika Katedry i Kliniki Urologii, UJ Collegium Medicum w Krakowie, pozwoliło to uniknąć chaosu oraz niepotrzebnych zakażeń personelu medycznego i chorych. – System triage się sprawdził, ale musi być dopasowany do możliwości poszczególnych ośrodków, które są różnie wyposażone i mają różne stopnie referencyjności. Pacjenci onkourologiczni trafiali do ośrodków o wysokim stopniu referencyjności i byli tam odpowiednio zaopiekowani, ale pacjenci leczeni z przyczyn nieonkologicznych mieli trudności z uzyskaniem porady specjalistycznej czy miejsca w oddziale urologicznym – tłumaczy prof. Piotr Chłosta i zapewnia, że takich sytuacji będzie coraz mniej. Jego zdaniem obecnie większym problemem jest paniczny strach przed COVID-19 niż otrzymanie specjalistycznej porady czy znalezienie miejsca w szpitalu. – To prawda, że powikłania związane z tą chorobą mogą doprowadzić do

zgonu, ale rak zabija pewniej i szybciej – ostrzega profesor.

PEŁNA OSTROŻNOŚĆ

Obawy przed zablokowaniem systemu w związku z COVID-19 miała też nefrologia. Prof. Michał Paweł Nowicki, kierownik Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek UM w Łodzi, mówi, że chodziło głównie o to, aby nie dopuścić do dezorganizacji funkcjonowania stacji dializ, które dla 29 tys. Polaków z przewlekłą niewydolnością nerek wymagających leczenia nerkozastępczego są jedyną możliwością utrzymania się przy życiu. Wśród nich są pacjenci, którzy czekają na dawkę i przeszczepienie nerki. – Na szczęście wszystkie stacje dializ w kraju pracowały zgodnie z harmonogramem, ale przy zachowaniu pełnej ostrożności, a więc nie tylko przestrzegając zasad higieny określonych przez sanepid, ale izolacji i odosobnienia dializowanych, również w swoim środowisku – podkreśla prof. Michał Paweł Nowicki.

Pacjenci z przewlekłymi chorobami nerek mają obniżoną odporność, często cierpią na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, co stawia ich w grupie podwyższonego ryzyka zarażenia się wirusem SARS-CoV-2. Mimo

25%

– taki odsetek wszystkich nowotworów dotyczy układu moczowo-płciowego.



obostrzeń sanitarnych, 60 osób (w łódzkiem 11) nie uniknęło zakażenia koronawirusem, a 20 proc. z nich zmarło. W trudnej sytuacji wciąż jest 185 tys. osób ze schorzeniami nerek niewymagających dializoterapii, które z powodu zamknięcia specjalistycznych poradni nefrologicznych byłyby skazane na teleporady świadczone przez POZ.

– Część poradni już jest otwarta, część dopiero się do tego przymierzają, są to indywidualne decyzje dyrektorów placówek, uzależnione od potencjalnego zagrożenia, które wciąż istnieje – mówi prof. Nowicki i dodaje, że utrudniony dostęp do poradni nefrologicznych niewątpliwie odbija się na zdrowiu pacjentów, którzy np. w przypadku białkomoczu, cukromoczu, nadciśnienia tętniczego, wad wrodzonych nerek czy niewykrytej niewydolności tych narządów powinni być leczeni specjalistycznie i monitorowani przez nefrologa.

CHEMIOTERAPIA W DOMU

Obawa przed zakażeniem SARS-CoV-2 odmieniła także hematologię. Największą zmianą jest możliwość podawania leków przeciwnowotworowych (rytuksymabu) w postaci iniekcji podskórnych, które można wykonywać w domu. Dzięki temu ograniczono konieczność wizyt pacjenta w szpitalu do niezbędnego minimum i zmniejszono ryzyko zakażenia koronawirusem przy pełnym zachowaniu ciągłości i skuteczności leczenia. Pacjenci hematologiczni

mają obniżoną odporność i znajdują się w grupie najwyższego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Iniekcje podskórne znacząco skracają czas przygotowania i podania leku – procedura zajmuje kilka minut zamiast trwającego nawet półtorej godziny klasycznego wlewu dożylnego.

– W dobie COVID-19 dostępność do innowacyjnych terapii i sposób podawania leków ma szczególne znaczenie. To nowoczesne i przyjazne pacjentowi rozwiązanie znakomicie wpisuje się w obecne realia pandemii – przekonuje prof. Sebastian Giebel, prezes Stowarzyszenia Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku i Onkologii Narodowego Instytutu Onkologii, a prof. Iwona Hus, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, zwraca uwagę na fakt, że to nowatorskie rozwiązanie przynosi więcej korzyści – oprócz tego, że zmniejsza ryzyko zakażenia koronawirusem i poprawia jakość życia pacjentów, usprawnia organizację pracy oddziałów hematologicznych.

OSTRA FAZA

Trudna sytuacja związana z zagrożeniem COVID-19 spowodowała zmiany w rehabilitacji. Z powodu koronawirusa do oddziałów tej specjalności trafiają wyłącznie pacjenci tzw. ostrej fazy, wymagający usprawnienia np. po zawałach serca, udarach mózgu, po operacjach ortopedycznych czy z zaostrzeniami np. chorób

neurologicznych takich jak stwardnienie rozsiane.

– Epidemia udowodniła, że rehabilitacja w oddziałach szpitalnych nie powinna się zajmować pacjentami z przewlekłymi chorobami narządu ruchu, bo ich miejsce jest w ośrodkach, gdzie usprawnianie odbywa się w systemie ambulatoryjnym. Obecnie pacjenci wymagający tego rodzaju zabiegów, w obawie przed koronawirusem, „pochowali się”, odmawiając wizyt, co świadczy o tym, że ich przypadki nie są pilne – podkreśla prof. Piotr Majcher, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji, prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacyjnego. Jest on przekonany, że w normalnych warunkach naciskaliby na przyjęcie do szpitala, a obecnie odmawiają wizyt, mimo że czas oczekiwania na ambulatoryjną rehabilitację znacznie się skrócił.

Przed pandemią pacjenci tzw. ostrej fazy na rehabilitację w oddziałach szpitalnych czekali miesiącami, mimo że zagrażało to ich zdrowiu. Aby jakoś załagodzić problem, NFZ wprowadził nawet zapis, że mogą czekać najdłużej pół roku. Obecnie są przyjmowani „od ręki”. Prof. Piotr Majcher uważa, że rehabilitacja nigdy nie stała się w pandemii, ale to właśnie pandemia zmieniła podejście lekarzy, ale też samych pacjentów do sposobu funkcjonowania tej specjalności. Okazało się, że ten mechanizm w większym lub mniejszym stopniu dotyczy wielu innych sektorów ochrony zdrowia. ■

Dla 29 tys. Polaków z przewlekłą niewydolnością nerek wymagających leczenia nerkozastępczego stacje dializ są jedyną możliwością utrzymania się przy życiu.

ZE ŚWIATA

Kolejne zakażenia

Pod koniec czerwca liczba potwierdzonych zakażeń SARS-CoV-2 przekroczyła 10 mln na całym świecie, ale aktywnych przypadków było już nieco mniej niż tych o charakterze zamkniętym (wyleczeni/zgony).

Niestety, w ciągu ostatniego miesiąca przybyło ponad 4 mln zakażeń. Najwięcej zachorowań jest w USA, Brazylii, Rosji, Indiach i Wielkiej Brytanii.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers¹, do 29 czerwca potwierdzono ponad 2,6 mln zakażeń w USA (trudna sytuacja jest m.in. w Arizonie, na Florydzie i w Teksasie) i ok. 1,3 mln w Brazylii. Na trzecim miejscu pod względem liczby zakażeń znajdowała się Rosja (640 tys.), a tuż za nią – Indie (567 tys.). Kolejne miejsce zajęła Wielka Brytania, gdzie stwierdzono 311 tys. zakażeń.

Od początku wybuchu pandemii na całym świecie odnotowano już ponad 0,5 mln zgonów spowodowanych

wirusem. Ponad 5,6 mln chorych zostało wyleczonych. Dienne przyrosty zakażeń w czerwcu wahały się od nieco ponad 100 tys. do niemal 200 tys.

W Polsce do 29 czerwca potwierdzono 34 tys. zakażeń koronawirusem, z czego ok. 11,8 tys. to przypadki aktywne. 1,4 tys. osób zmarło, a ok. 20 tys. zakażonych udało się wyleczyć.

W całej Europie, według danych WHO, pod koniec czerwca w co najmniej 30 krajach odnotowano ponowne wzrosty zakażeń; w 11 z nich sytuacja jest bardzo poważna. Chodzi o Szwecję, Armenię, Mołdawię, Macedonię Północną, Azerbejdżan, Kazachstan, Albanie, Bośnię i Hercegowinę, Kirgistan, Ukrainę i Kosowo. ■

¹ Statystyki światowe podawane w czasie rzeczywistym. Dane tam przedstawiane pochodzą od rządów oraz renomowanych organizacji.

Koronawirus vs ministrowie zdrowia

W połowie czerwca w związku z kryzysem wywołanym SARS-CoV-2 swoje stanowisko stracił minister zdrowia Chile Jaime Manalich. Zrezygnował, bo krytykowano go, że nie radzi sobie z pandemią, a także za zatajanie przed opinią publiczną rzeczywistej, większej niż oficjalnie podawał, liczby zgonów spowodowanych COVID-19.

Natomiast w połowie kwietnia został zdymisjonowany minister zdrowia Brazylii Luiz Henrique Mandetta. Powodem dymisji był konflikt z prezydentem tego kraju Jairem Bolsonaro, który sprzeciwiał się wprowadzaniu obostrzeń proponowanych przez Mandettę. Prezydent Brazylii twierdził, że ograniczenia są gorsze niż sam koronawirus, bo doprowadzą gospodarkę kraju do ruiny. Miejsce Luiza Mandetty zajął Nelson Teich, który jednak po niecałym miesiącu sprawowania urzędu sam zrezygnował z teki ministra zdrowia – również nie mógł porozumieć się z prezydentem.

Z kolei kilku szefów resortów zdrowia innych państw ma lub miało tak-

że osobisty problem spowodowany koronawirusem. Media co jakiś czas donoszą o zakażeniu SARS-CoV-2 niektórych ministrów zdrowia lub ich bliskich współpracowników.

W kwietniu zakażeniu uległ Yaakov Litzman, który kierował resortem zdrowia Izraela od ponad dekady. Zdecydował, że nie wróci już na swój urząd. 17 maja br. oficjalnie zaprzysiężono nowy rząd jedności narodowej w Izraelu, a nowym ministrem zdrowia został Juli Jo'el Edelstein.

Minister Zdrowia Ghany, Kwaku Agyeman Manu, zachorował na COVID-19 w połowie czerwca. Zakażony został także kazachski minister zdrowia Yelzhan Birtanov. Jego stan był na tyle poważny, że postanowił zrezygnować ze stanowiska. Z kolei Satyendar Jain, minister zdrowia w narodowym terytorium stołecznym Delhi w Indiach, był z powodu zakażenia koronawirusem hospitalizowany, ale już wraca do zdrowia, podobnie jak wiceminister zdrowia Wielkiej Brytanii Nadine Dorries i wiceminister zdrowia Iranu Iraj Harirchi. ■

Rosja: 500 zgonów personelu medycznego

W Federacji Rosyjskiej zmarło dotychczas z powodu koronawirusa 489 medyków walczących z pandemią COVID-19 – poinformowała w połowie czerwca Alla Samoilova, szefowa Federal Service for Surveillance in Healthcare (Roszdravnadzor).

Co prawda później przekazano, że podane informacje były nieoficjalne, wydaje się jednak, że są wiarygodne. Podobne dane na temat zgonów medyków prezentowane są na niezależnej stronie internetowej, zwanej „Remembrance List”.

Jak podaje „The Moscow Times”, prezydent Rosji Władimir Putin nazwał lekarzy, którzy zmarli podczas pandemii COVID-19, bohaterami i obiecał nagrody oraz dodatkowe premie dla personelu medycznego. ■

Braki kadrowe za oceanem

W Stanach Zjednoczonych od ponad dwóch dekad pogłębia się problem niewystarczającej liczby lekarzy. Zgodnie z najnowszymi prognozami Association of American Medical Colleges (AAMC), przed 2033 r. w systemie będzie brakować od 54 tys. do nawet 139 tys. lekarzy, w tym od 33,7 tys. do 86,7 tys. specjalistów.

“

Jedną z głównych przyczyn niedoboru kadry jest zwiększająca się liczba osób starszych, wymagających opieki medycznej.

Co ciekawe, w zeszłorocznych prognozach AAMC przewidywała braki kadrowe lekarzy na poziomie do 121 tys. przed 2032 r.

Jedną z głównych przyczyn niedoboru kadry jest zwiększająca się liczba starszych, wymagających opieki medycznej, pacjentów. Fakty demograficzne mówią same za siebie – w ciągu 15 lat populacja USA ogółem ma wzrosnąć do 10,4 proc., ale wśród osób po 65 r.ż. – aż o 45 proc.

Innym, dużym problemem generującym braki kadrowe jest starzejąca się kadra lekarska. AAMC podaje, że w ciągu kolejnej dekady co najmniej dwóch na pięciu lekarzy będzie miało 65 lat i więcej. Co więcej, zwiększający się problem wypalenia zawodowego będzie czynnikiem zachęcającym do przejścia na emeryturę. ■

Gdzie jest najlepsza opieka medyczna?



Czy Europejczycy są zadowoleni z opieki zdrowotnej w swoich krajach i jak oceniają ochronę zdrowia w związku z panującą pandemią?

Według danych opublikowanych w „II Międzynarodowym Raporcie na temat zdrowia STADA 2020”, zrealizowanym przez Instytut Kantar, ponad 70 proc. respondentów dobrze ocenia system ochrony zdrowia w swoim kraju. Najlepiej wypada Szwajcaria, gdzie aż 92 proc. badanych jest zadowolonych z opieki zdrowotnej, podobne rezultaty uzyskały Austria i Belgia. Najgorzej swoje systemy opieki zdrowotnej oceniły: Rosja (34 proc. zadowolonych), Serbia (37 proc.) i Polska (38 proc.). Badanie objęło 12 krajów Europy – Austrię, Belgię, Niemcy, Finlandię, Francję, Włochy,

Polskę, Rosję, Serbię, Hiszpanię, Szwajcarię i Wielką Brytanię – i w sumie 24 tys. respondentów.

Częścią raportu był dodatek specjalny poświęcony obecnej sytuacji związanej z COVID-19. Ankietowanych z sześciu krajów (Niemiec, Włoch, Rosji, Serbii, Hiszpanii i Wielkiej Brytanii) poproszono o ocenę opieki medycznej podczas trwającej pandemii koronawirusa. Ponad 60 proc. oceniło ją pozytywnie lub bardzo pozytywnie, 15 proc. – krytycznie, a reszta była neutralna. Najwięcej zadowolonych z opieki było w Hiszpanii (75 proc.) oraz Wielkiej Brytanii (74 proc.). Najgorzej wypadła Rosja (31 proc.). 44 proc. wszystkich badanych wyraziło głęboki szacunek do pracy personelu medycznego w czasie pandemii. ■

Niemcy: wzrasta dostęp do konsultacji online

Dotychczas niemieccy lekarze niechętnie udzielali wideoporad. Pandemia COVID-19 znacząco zmieniła tę sytuację.

Jeszcze pod koniec 2017 r. jedynie 1,8 proc. lekarzy oferowało wideokonultacje swoim pacjentom, a aż 60 proc. była przeciwna tak realizowanej wizycie – przypomina Spiegel Online.

Wyniki najnowszego sondażu pokazują, że już ponad połowa lekarzy i psychoterapeutów oferuje wideoporady w swojej praktyce (zdecydowana większość uruchomiła takie świadczenie w tym roku), a kolejne 10 proc. planuje ją wdrożyć w najbliższym czasie.

Badanie zostało zrealizowane na grupie 2,24 tys. lekarzy i psychoterapeutów przez Mannheim Institute for Public Health (Uniwersytet w Heidelbergu), Public Health Foundation (Stiftung Gesundheit) i jedną z agend niemieckiego Ministerstwa Zdrowia. ■

ETYMOLOGIA SŁOWA

Medyczny źródłosłów

Z prof. dr. hab. **Krzysztofem Zielińskim**, kierownikiem Zakładu Patomorfologii i Cytopatologii Klinicznej USK-WAM w Łodzi, sędzią Naczelnego Sądu Lekarskiego, autorem „Słownika pochodzenia nazw i określeń medycznych”, rozmawia **Lidia Sulikowska**.



– Słowa potrafią nieść za sobą piękne historie, ciekawe skojarzenia. Uwielbiam terminy, które w swojej etymologii mają kontekst kulturowy – mówi prof. Krzysztof Zieliński.

GL Etymologia słownictwa medycznego oparta jest głównie na grece i łacinie, ale nie tylko.

Języki grecki i łaciński to oczywiście korzenie, ale znaczenie w tworzeniu słownictwa medycznego miały także np. hebrajski i arabski, choć zdecydowanie mniejsze. Wraz z upływem czasu, mam tu na myśli początek XIX w., dużą rolę w zakresie źródłosłów medycznych zaczęły odgrywać języki nowożytne, w tym przede wszystkim francuski, włoski, niemiecki oraz angielski. Jakkolwiek trzeba pamiętać, że proces powstawania wszelkiego rodzaju nazw i określeń, które są używane w medycynie, ma bogatą historię i można doszukać się w nim nawet języków majańskich i wielu innych.

Językiem współczesnej, międzynarodowej medycyny stała się angielszczyzna, a w poszczególnych krajach – ich języki narodowe. Większość nazw powstałych z grupy języków romańskich bazuje jednak w dużym stopniu na grece i łacinie.

GL Czy oddanie pola angielskiemu to krok w dobrym kierunku?

Tak jak kiedyś na świecie królowały języki antyczne, tak obecnie najpowszechniejszy jest język angielski. To duch czasu. Na szczęście często przy definiowaniu nowych terminów, opisujących nieznane dotąd schorzenia i zjawiska, tworzone są piękne nazwy, które bazują na językach antycznych. Przykładem jest choćby wyraz *apoptosis* (pol. apoptoza), określający jedno z podstawowych zjawisk biologicznych. Nazwę tę „podsunął” jednemu ze współodkrywców, Johnowi Kerrowi, filolog klasyczny James Cormack. W języku greckim słowem tym nazywano proces „jesiennego opadania liści”, co jest doskonałą analogią dla tzw. zaprogramowanej śmierci komórek w żywym organizmie.

GL Historia tworzenia terminów medycznych bywa na tyle złożona, że trudno jest dociec ich pierwotnego źródłosłowu.

To prawda. Co więcej, proces ten bywa spontaniczny, jest naznaczony kontekstami kulturowymi, historycznymi i geograficznymi, a także determinowany przez nazwy własne, głównie eponimy i toponimy oraz ich pochodne, np. *parkinsonismus*, *salmonella*, *tumor Warthin* czy *nicotiana*.

Narodziny poszczególnych nazw potrafią przebiegać w różnoraki, często zaskakujący sposób. Mogą być wynikiem luźnego skojarzenia, rozmowy czy przypadkowego zdarzenia. Na dodatek to proces stale żywy. Terminy ulegają nieprzewidywalnej ewolucji – te, które już wymarły, odradzają się, a te, które są obecnie używane, kiedyś zanikną. Podlegają też modyfikacjom – tak, aby ich wymawianie było jak najmniej kłopotliwe czy też, aby były łatwiejsze w pisowni. Do tego stopnia, że na rzecz tych ułatwień wprowadzane są przeróbki, które są de facto błędami językowymi.





Trzej wielcy starożytni nauczyciele medycyny: Galen, Awicenna i Hipokrates. Drzeworyt z wczesnego XV w. łacińskiej książki medycznej.

Zdecydowanie większy porządek mamy w przypadku nazywania substancji chemicznych, w tym substancji czynnych w lekach. Tu obowiązują przejrzyste, międzynarodowe reguły farmaceutyczne.

📖 Niektóre określenia powstają też w wyniku pomyłek tłumaczeniowych?

Oczywiście. Tak jest np. z łacińskim słowem *retina* (pol. siatkówka). Wyraz ma pochodzenie greckie i oznaczał szatę, ale został przetłumaczony na jęz. łaciński już jako sieć.

📖 Które nazwy najbardziej pana zaskakują?

Jest ich wiele, np. łac. przymiotnik *acutus* (pol. ostry), używany w kontekście gwałtownego przebiegu choroby. Prawdopodobnie pierwotnie wyraz ten oznaczał chorobę spowodowaną ostrym narzędziem. Co ciekawe, przeciwieństwem tego słowa jest wyraz „tępy”, ale w terminologii medycznej używa się terminu „przewlekły”.

Fascynują mnie też m.in. nazwy dźwiękonaśladowcze, np. łac. *pus*, czyli „ropa”. Według jednej z koncepcji etymologicznych słowo to opiera się na rdzeniu indoeuropejskim „pu”, oznaczającym okrzyk obrzydzenia, co można by porównać z polskim „fuj, pfuj”. Tego rodzaju przykładów jest mnóstwo.

📖 Jak dokonywać analizy etymologicznej, aby prawidłowo określić, jak dana nazwa powstała?

Pomagają nam w tym różnego rodzaju słowniki. Ważna jest umiejętność odczytania liter greckich. Ja reprezentuję pokolenie, które potrafi posługiwać się rosyjską cyrylicą, a stąd już blisko do alfabetu greckiego. Klasyczny język grecki jest jednak w znacznym stopniu zapomniany. To kwestia różnicy pokoleń. Przed wojną mój tata w liceum klasycznym uczył się greki, łaciny, jęz. hebrajskiego, niemieckiego i francuskiego. Obecnie nawet nauczanie łaciny jest coraz mniej popularne. Kiedyś w Polsce znajomość tego języka obowiązywała przy wypełnianiu dokumentacji medycznej. Studenci medycyny uczyli się chociaż jego podstaw, z czasem to się zmieniło. Obecnie nauczanie studentów jęz. łacińskiego uważa się w polskich uczelniach za niepotrzebny balast. Szkoda, bo przecież terminologia medyczna jest przesiąknięta łaciną, a dzięki znajomości znaczenia słów źródłowych, choćby w podstawowym zakresie, można wiele zyskać. Wiedza ta jest przydatna choćby w komunikacji w międzynarodowym świecie medycznym i dlatego nauczanie podstaw łaciny nie wypadło z programów studiów wielu renomowanych uczelni albo stało się na nich częścią kursów nauczania terminologii medycznej. A ja powtarzam wszystkim: *disce puer / puella latine*.

EL Co jest ważniejsze – greka czy łacina?

Nie wolno tak wartościować, choć trzeba przyznać, że języki romańskie są bardziej rozpowszechnione. Patrząc z tego punktu widzenia, przy tworzeniu nowych terminów, warto chyba sięgnąć po łacinę.

EL Porozmawiajmy o polskim języku medycznym. Ma on głównie korzenie łacińskie, prawda?

Nie tylko. Weźmy np. słowo „ospa”. To wyraz pochodzenia polskiego, oznaczający „osypanie czegoś”. Pod koniec XIX w. powstało mnóstwo typowo polskich wyrazów. Była wówczas moda narodowego puryzmu językowego. Podobny trend pojawił się też w wielu innych krajach i czasem doprowadził do groteskowych sytuacji. Nadmierną czystość językową, która brzmi dziwnie, widzimy, analizując polskie nazwy nowotworów, ukute ze źródłosłówów słowiańskich. Z kolei dr Stanisław Kurkiewicz chciał wręcz stworzyć czysto polski język dotyczący sfery seksualnej, np. nerwy nazywał czulcami, a mięśnie – ruchniami. Na stałe pozostało z nami w zasadzie jedynie „szczytowanie”.

EL Dobrze, że to zjawisko przeminęło?

Biorąc pod uwagę czystość języka narodowego, to źle, że tak się stało. Oczywiście nie mówię tu o dążeniu do wymyślania zupełnie wszystkiego po polsku. Z drugiej jednak strony w przypadku terminologii medycznej popularność nazw obcojęzycznych, powstałych na bazie języków, które rozumie cały świat, ma szereg wymiernych korzyści. Przede wszystkim chodzi o jednorodność międzynarodowego języka medycznego, w którym każdy lekarz, niezależnie, z którego kraju pochodzi, może się ze swoim kolegą po fachu bez problemu porozumieć. Gdy mówimy o osteoporozie (łac. *osteoporosis*), każdy wie, o co chodzi, ale gdy powiemy „zrzeszotnienie kości”, to lekarz z Niemiec czy Francji zupełnie nie będzie wiedział, o czym rozmawiamy.

EL Czego wystrzegać się, tworząc nowe terminy?

Przestrzegałbym, by na siłę nie tworzyć czegoś wyjątkowo oryginalnego. Nazwa ma być zrozumiała i spełniać funkcję komunikacyjną między biologami, lekarzami, naukowcami, farmaceutami. Taki nowo ukuty termin powinien przynależeć do jakiejś rodziny wyrazów.

EL Bazując na języku greckim lub łacińskim?

Niekoniecznie. Kiedy jednak już odnosimy się do konkretnego źródłosłowu, pamiętajmy o jego prawidłowym dopasowaniu.

EL We współczesnym świecie medycznym mamy też nazwy pochodzące z jęz. angielskiego, bez żadnych związków z łaciną czy greką.

Tak. Przeważnie są to skróty, czyli wyrazy powstałe ze skrócenia wielowyrazowej nazwy. Przykładem



Etymologia pozwala rozumieć, co faktycznie oznaczają terminy, którymi się posługujemy w codziennej pracy oraz jaka była historia ich powstania.

jest „afipia”, czyli określenie rodzaju bakterii Gram-ujemnych, która została wprowadzona w 1991 r. na cześć znanego wojskowego ośrodka naukowego Armed Forces Institute of Pathology (AFIP).

Mamy też terminy, które wyparły wcześniejszą nazwę łacińską, np. łac. *incitamentum* zastąpiono angielskim „dopingiem”, a *syndroma immunodeficientiae acquisitae* zastąpiło ang. „acquired immunodeficiency syndrome”, czyli AIDS.

EL Które nazwy, patrząc na historię ich pochodzenia, lubi pan najbardziej?

Słowa potrafią nieść za sobą piękne historie, ciekawe skojarzenia. Uwielbiam terminy, które w swojej etymologii mają kontekst kulturowy. Bardzo podoba mi się np. historia wyrazu *morphologia* (pol. morfologia). To greckie słowo wprowadził do obiegu Johann Wolfgang von Goethe, skądinąd także wybitny naukowiec i przyrodnik, w swoim dziele na temat anatomii porównawczej.

Osobiście najbardziej lubię te terminy, które mają swoje odniesienia w mitologii greckiej i rzymskiej, a także ogólnie w historii antycznej, m.in. *aether* (pol. eter), *agonia* (pol. umieranie), *alopecia* (pol. łysienie plackowate), *bulla* (pol. pęcherz w skórze), *diagnosis* (pol. rozpoznanie), *podagra* (pol. dna stawów stopy). Jeśli nie znacie państwo ich etymologii, zachęcam do lektury mojego „Słownika pochodzenia nazw i określeń medycznych”.

EL Co można zyskać dzięki wiedzy dotyczącej etymologii?

Etymologia, czyli dosłownie „nauka (gr. *logos*) o prawdziwym (gr. *étymos*) znaczeniu wyrazów” pozwala rozumieć, co faktycznie oznaczają terminy, którymi się posługujemy w codziennej pracy oraz jaka była historia ich powstania. Dzięki niej można zrozumieć losy rozwoju myśli medycznej, prawidłowo tworzyć nowe nazwy i precyzyjnie określać diagnozy. Znajomość grecko-łacińskiej terminologii ułatwia też znalezienie informacji w przebieganych bazach naukowych. ■

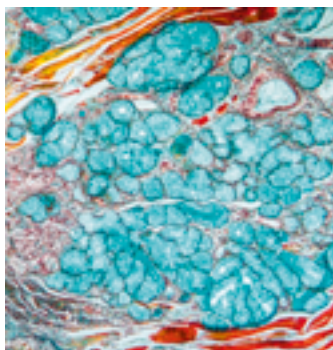
WAŻNE

Nazwa ma być zrozumiała i spełniać funkcję komunikacyjną między biologami, lekarzami, naukowcami, farmaceutami.

NAUKA

Smak ma znaczenie

Wśród objawów zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 są m.in. zaburzenia odczuwania smaku i zapachu. Wprawdzie nie występują one u wszystkich pacjentów, ale mało kto sobie uświadamia, że mogą świadczyć o wczesnej postaci choroby COVID-19. Jak informuje PAP, specjaliści z CSK MSWiA w Warszawie przetestowali nowy typ szybkich testów badających zaburzenia smaku, które posłużą wykrywaniu osób zakażonych SARS-CoV-2. – Ten test można wykorzystać do badania przesiewowego. W razie pozytywnego wyniku trzeba jeszcze



przeprowadzić potwierdzający test molekularny na obecność koronawirusa – mówi prof. Edward Franek, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii

i Diabetologii. Procedura jest stosunkowo prosta i szybka. – Pacjenci otrzymują substancję smakową o ustalonym w badaniach klinicznych stężeniu, którą umieszczają na języku – wyjaśnia dr Kamil Adamczyk, współautor testu smaku. W badaniach wzięło udział 88 podchorążych ze Szkoły Głównej Służby Pożarniczej (52 osoby były z rozpoznaniem zakażeniem, 36 – bez zakażenia), gdzie kilka tygodni temu wykryto ognisko koronawirusa. Oceniano cztery smaki: słodki, słony, kwaśny i gorzki. Po badaniach w szpitalu MSWiA okazało się, że podchorążowie mieli upośledzone przede wszystkim czucie tego pierwszego. ■



gazetalekarska.pl

Koronaopóźnienia



W Stanach Zjednoczonych pandemia mogła spowodować opóźnienie w rozpoznaniu nowotworu u 80 tys. chorych.

Wg raportu IQVIA Institute for Human Data Science liczba badań przesiewowych i kontrolnych wykonywanych na początku kwietnia w USA w nowotworach piersi, gruczołu krokowego, jelita grubego, szyjki macicy i płuca spadła o 39-90 proc. (w odniesieniu do średniej z lutego br.). Na podstawie dotychczasowych wskaźników dodatnich wyników może się to przełożyć na brak lub opóźnienie rozpoznania m.in. 36 tys. nowotworów piersi, 22,6 tys. nowotworów gruczołu krokowego, 18,8 tys. raków jelita grubego i 2,5 tys. raków szyjki macicy w okresie od marca do czerwca br.

Autorzy raportu szacują, że w ciągu trzech miesięcy dojdzie do odwołania lub przesunięcia ok. 22 mln badań diagnostycznych. Z powodu epidemii niepokojąco spadła również liczba badań przesiewowych i kontrolnych u chorych na nowotwory. W pierwszych tygodniach kwietnia zlecono 90 proc. mniej przesiewowej kolonoskopii w porównaniu do średniej z lutego br. Podobne spadki odnotowano w odniesieniu do mammografii (87 proc. mniej zleceń) i cytologii (83 proc.), a oznaczenia antygenu PSA spadły o 60 proc. Co ważne, aż o 20 proc. spadła liczba kontaktów pacjentów z onkologami, przy czym odsetek ten był zależny od typu nowotworu. Liczba wizyt lekarskich chorych na raka skóry i gruczołu krokowego spadła w marcu o 20-50 proc. ■

Alternatywa?

Naukowcy coraz częściej biorą pod lupę medycynę komplementarną i alternatywne formy terapii.

Metody te nie są poddane weryfikacji badań klinicznych, w związku z tym często mogą mieć tragiczne konsekwencje, szczególnie jeśli chory rezygnuje z konwencjonalnego leczenia. W artykule w „JAMA Oncology” przeanalizowano ankiety wypełnione przez 3118 osób chorujących lub wyleczonych z nowotworu. Spośród nich 1023 (33,3 proc.) w ciągu ostatnich 12 miesięcy stosowało niekonwencjonalne metody. Najczęściej były to suplementy ziołowe lub chiropraktyka (utożsamiana z kręgarstwem) i osteopatia (metoda, w której badanie manualne służy do stawiania diagnozy i leczenia). Częstsze korzystanie z terapii alternatywnych powiązane z takimi czynnikami jak biała rasa, młodszy wiek i płeć żeńska. Spośród pacjentów korzystających z takich metod, 288 (29,3 proc.) nie poinformowało o tym swojego lekarza. 57,4 proc. podało, że lekarz nie zapytał ich o to, a 47,4 proc. uznało, że nie jest to informacja istotna dla lekarza, a 3,9 proc. obawiało się negatywnej reakcji z jego strony. ■

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Wakacje z zarazą

Marcowy, pandemiczny areszt domowy Natura wykorzystała tak, jak tylko ona potrafi. Zamknięci w swoich domach i mieszkaniach z zachwytem oglądaliśmy niebo, cudownie uwolnione od samochodowego smogu.



JOANNA SOKÓŁOWSKA

pediatra, felietonista

Podobno kanały weneckie stały się przejrzyste i pełne ryb, makaki przejęły kontrolę nad tajskim miastem Lompuri, indyjskie plaże zaroily się od żółwi oliwkowych, a na opustoszałe zakopiańskie Krupówki wyszły tanie.

Może właśnie dlatego, a nie z powodu zmniejszenia natężenia „normalnego” transportu drogowego, sejsmologowie zaobserwowali, że uspokoiło się nerwowe drżenie Matki Ziemi. Pewnie wychwalałabym zalety lockdownu razem z chórem zachwyconych ekologów, gdyby nie to, że wykorzystując społeczną kwarantannę, w naszym domu letniskowym zamieszkała kuna. Jej obecność przyprawiła moje serce o palpitacje, z pewnością rekompensujące chwilową arytmie planety. No cóż, każdy ma taką zarazę, na jaką sobie zasłużył... i – co

zaraz Państwu opiszę – niezależnie od tego, czy jest się ministrem zdrowia średniej wielkości europejskiego państwa, czy skromnym właścicielem domku w lesie, emocje i motywy działania, towarzyszące procesowi pozbycia się niechcianego współmieszkańca, są podobne.

Na początku było więc zaskoczenie. Oczywiście słyszałam, że gdzieś u kogoś zamieszkał taki – nomen omen – dziki lokator. Ale przecież nie u nas!

Zaraz potem przyszła konstatacja, że być może kuna była z nami już wcześniej. Pewne symptomy po prostu zignorowaliśmy. Strzępy materiałów izolacyjnych niedawno remontowanego dachu potraktowaliśmy jako resztki pozostawione przez ekipę dekarzy. Zapach gryzonia na poddaszu uznaliśmy za woń niewietrzonego i nieogrzewanego przez zimę domu. Tupania i odgłosów życia,

toczącego się pomiędzy warstwami stropu, nie dało się już jednak ani zbagatelizować, ani wytłumaczyć. Tak oto poznaliśmy, obce nam dotychczas i niepotrzebne do niczego, pojęcie „mostków termicznych” – wydrążonymi przez kunę w dachu korytarzami. Wraz z ciepłem ulatywała w niebo wiara w jego termoizolacyjne właściwości i poczucie panowania nad naturą.

Podobnie jak koronawirusa, naszej kuny nikt nigdy nie widział na oczy. Próbowaliśmy nawet przez moment negocjować jej obecność, ale specjalista z firmy deratyzacyjnej potwierdził nasze przypuszczenia, równocześnie nie pozostawiając nadziei. „Jest sprytna i inteligentna” – stwierdził z pewną nostalgią. I dodał: „jeszcze nigdy nie udało mi się takiej złapać.” Pozostało nam więc szukać rozwiązania na własną rękę.

Nastąpił okres testowania metod i środków. Jako że zwierzątko (chyba tylko ze względu na swoją wyjątkową urodę) objęte jest ochroną gatunkową, odrzuciliśmy, a priori, wszelkie metody polegające na radykalnym pozbawieniu go życia. Sekundujący zaś naszym zmaganiom znajomi podsyłali nam filmy i zdjęcia uroczych małych kuniaćków – prawdopodobnie podobne spokojnie dorastają w zaciszu naszego domu. Może więc trzeba pogodzić

“

Z desperacją łapaliśmy się każdego pomysłu, nie szczędząc sił i środków, nie zważając na możliwość zakupu artykułów bez atestu, bez sensu i bez gwarancji skuteczności.

Uznaliśmy, że w obliczu zagrożenia możemy sobie pozwolić na taką rozrzutność.

się z naturą i żyć z „zarazą” w zgodzie pod jednym dachem? A jeśli jednak nie, to jak nakłonić gryzonia do opuszczenia posesji, która na przełomie marca i kwietnia anno domini 2020 w sposób oczywisty stała się bardziej „kunia” niż ludzka?

Z pomocą przyszedł nam internet – natychmiastowa grupa wsparcia współczesnego człowieka w potrzebie. Po wpisaniu odpowiednich haseł otworzył się przed nami bezmiar środków i urządzeń odstraszających i przepędzających przedstawicieli kuniego rodu z człowieczych siedlisk: woreczki z psią sierścią, elektroniczne urządzenia emitujące dźwięki niemiłe dla uszu kuny, płyny o nieprzyjemnym dla niej zapachu i płyny jej zapach eliminujące. Szczególnie intrygujące, choć w efekcie równie bezużyteczne, co pozostałe, wydało nam się urządzenie odtwarzające pomrukiwania borsuka, którego kuna nie darzy zbyt dużą sympatią.

Z desperacją łapaliśmy się każdego pomysłu, nie szczędząc sił i środków, nie zważając na możliwość zakupu artykułów bez atestu, bez sensu i bez gwarancji skuteczności. Uznaliśmy, że w obliczu zagrożenia możemy sobie pozwolić na taką rozrzutność.

Nastąpił etap polowania, który dostarczył nam nie lada emocji. Na trasie, którą prawdopodobnie kuna przedostawała się do domu, ustawiliśmy specjalistyczną klatkę pułapkę. I tu pojawiło się pytanie: gdy już aresztujemy zwierzątko, co z nim zrobić? Po schwytaniu należało je wywieźć poza granice województwa, tak by znalazło się w innym, bardziej mu przychylnym otoczeniu. Codziennie dostarczaliśmy garść przysmaków, które miały zwabić szkodnika. Wśród wielu wymienień tylko jajko od szczęśliwej kury, niedotykane ludzką ręką, którego zdobycie i transport na miejsce łowów wymaga oddzielnej opowieści. I codziennie zadawaliśmy sobie pytania. Żyć normalnie czy podać dom kwarantannie? Swą obecnością pokazać kunie, kto tu rządzi, czy zejść jej z drogi i pozwolić swobodnie eksplorować nasze włości, z rozstawioną pułapką włącznie? A jeśli zamiast kuny pozbawimy wolności ulubionego kota sąsiada? Czy nie zaważy to na naszych, dotychczas poprawnych stosunkach towarzyskich?

Skapitulowaliśmy, a porażka w sumie przyniosła nam nawet pewne ukojenie. Problemy techniczne potencjalnego transportu i procedury uwolnienia prawdopodobnie mało przyjaźnie nastawionego do nas zwierzątka, wciąż budziły w nas wiele obaw i wątpliwości.

I gdy wydawało się, że wyczerpaliśmy już wszystkie możliwości, zadzwonił przysłowiowy telefon od przyjaciela. Na wieść o moich zmaganiach znajomy zootechnik z ogrodu zoologicznego podsunął mi rozwiązanie – „Potrzebujecie

kupy lwa!”... Podobno odchody dużych kotów to jedyny skuteczny sposób na pozbycie się kuny. Poczułam się przez chwilę bohaterem jednego ze skeczów Monty Pythona, więc nie powiem Państwu, czy skorzystałam z tej rady, czy nie...

Chwilowo kuny nie ma. Być może jest u sąsiada – tego od kota. Za każdym razem jednak, gdy wchodzę do domu i szukam śladów jej obecności, widzę smutne oczy ministra Szumowskiego, który mówi, że zaraza zostanie z nami na długo. Pewnie na całe wakacje, a być może na zawsze... ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

Post scriptum: Zbrodnia katyńska – milczenie i pamięć

W „Gazecie Lekarskiej” 05/2020 dr Mieczysław Dziedzic w artykule „Zbrodnia katyńska – milczenie i pamięć” opisał mało znane okoliczności związane ze zbrodnią katyńską oraz przypomniał wybitną postać dr. hab. n.med. Tadeusza Pragłowskiego, znakomitego nauczyciela i wychowawcy, specjalisty w zakresie medycyny sądowej.

Warto przytoczyć jeszcze kilka innych faktów związanych z bohaterem tego materiału.

Katyński rozdział w życiu Tadeusza Pragłowskiego zaważył w znaczący sposób na jego karierze. Do 1944 r. kierował Zakładem Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. W lipcu 1945 r. przeprowadził się do Katowic, gdzie w Szpitalu Miejskim nr 1 pełnił funkcję prosektora. W roku 1952 powierzono mu zorganizowanie i kierownictwo Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze. W 1961 r. Tadeusz Pragłowski uzyskał stopień dr. hab. n. med. Brał czynny udział w życiu uczelni, prowadził działalność dydaktyczną z zakresu medycyny sądowej. Był nauczycielem wybitnych anatomopatologów, z których trzech uzyskało habilitację (Władysław Nasiłowski, Halina Sybirska i Adam Misiewicz, dziś są to wybitni eksperci w tej dziedzinie). W 1968 r., pomimo prawidłowego i pozytywnie zakończonego postępowania na szczeblu uczelni w sprawie nadania doc. T. Pragłowskiemu tytułu profesora, wniosek sporządzony przez Radę Wydziału do Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej nigdy nie dotarł. Nawet badania prowadzone przez IPN nie ujawniły, w jakim momencie postępowanie profesorskie zostało zablokowane!

W 1991 r. w Katowicach odbyła się ogólnopolska sesja naukowa poświęcona pamięci doc. Pragłowskiego. Jej uczestnicy zgodnie stwierdzili, że nieprzekazanie wniosku do CKK było złamaniem prawa i należy to naprawić. W styczniu 2014 r. prof. Władysław Nasiłowski zwrócił się do dziekana Wydziału Lekarskiego SUM w Katowicach z prośbą o rozważenie możliwości zrealizowania obecnie wniosku Rady Wydziału z 1968 r. wstrzymanego z powodów politycznych. Miesiąc później, w piśmie do prof. Jana Zejdy, starania prof. Nasiłowskiego poparł ówczesny prezes ORL w Katowicach dr Jacek Kozakiewicz. Niestety, pomimo wspólnych działań śląskiego samorządu lekarskiego z władzami dziekańskimi SUM pośmiertne nadanie tytułu okazało się niemożliwe ze względów formalnych.

Pamięć o dokonaniach doc. Pragłowskiego, szczególnie na Śląsku, jest nieustannie żywa. Z inicjatywy jego uczniów i współpracowników, przy poparciu dr. Kozakiewicza, w kwietniu 2016 r. śp. doc. Tadeusz Pragłowski został uhonorowany najwyższym wyróżnieniem Śląskiej Izby Lekarskiej – Wawrzynem Lekarskim. To wyraz wdzięczności śląskich lekarzy za piękne świadectwo humanitaryzmu, odwagi cywilnej, moralnych i etycznych zasad, które winny charakteryzować każdego lekarza i lekarza dentystę.

Działania dr. hab. Tadeusza Pragłowskiego zostały po części nagrodzone przez Kancelarię Prezydenta RP. W 2017 r. za wybitne zasługi w upamiętnianiu prawdy o zbrodni katyńskiej został odznaczony pośmiertnie Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.

Podczas spotkania Prezydium NRL w lutym br. z dr. hab. Grzegorzem Teresińskim, konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny sądowej, wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz zwrócił się z prośbą o uhonorowanie pamięci dr. hab. Pragłowskiego przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii. Pismem z 12 marca br. Grzegorz Teresiński poinformował, że temat uzyskał pełną akceptację. Zobowiązano Komisję Historyczną PTMSiK o przygotowanie konkretnych propozycji uhonorowania śp. dr. hab. Tadeusza Pragłowskiego. ■



„GL” nr 5/2020

Katarzyna B. Fulbiszevska, koordynator Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Memy zamiast strategii

Anders Tegnell, główny epidemiolog Szwecji, odpowiedzialny za strategię walki z COVID-19 w tym kraju, przyznał, że gdyby wiedział o koronawirusie tyle, ile wie dzisiaj, rekomendowałby rozwiązania, które pozwoliłyby skuteczniej ograniczyć rozprzestrzenianie się choroby na wczesnym etapie epidemii.

Jeszcze w kwietniu i maju Tegnell otwarcie krytykował przyjętą w pozostałych krajach UE strategię społecznego i gospodarczego lockdownu. W czerwcu zmienił zdanie, przyznając, że liczba ofiar COVID-19 w Szwecji była zbyt wysoka.

U nas, nawet jeśli weźmiemy solidną poprawkę na niezbyt wiarygodne statystyki, zmarło znacznie mniej osób. Na pewno jest to zasługą wprowadzonych przez rząd w odpowiednim czasie restrykcji, choć podobne i lepsze wyniki w walce z pandemią odnotowane w regionie, łącznie z terenami dawnej NRD, nie pozostawiają wątpliwości, że istotną rolę odegrała niższa populacyjna podatność na zakażenie. Nie można także negować, że popełniliśmy wiele błędów, w tym takich, za które zapłacono życiem. Tyle że, w odróżnieniu od Andersa Tegnella, tak Łukasz Szumowski, jak i Jarosław Pinkas, ani myślą otwarcie dyskutować o tym, co poszło źle. Nie znam żadnego z nich osobiście, dlatego nie wiem, na ile powodem jest niedostatek odwagi, a w jakim stopniu decyduje brak przyzwolenia „góry”, która – choćby na przekór faktom – chce budować obraz silnego i wolnego od poważnych problemów państwa.

Zaczęło się od słynnego kneblowania ust konsultantom. Dwa tygodnie po zidentyfikowaniu polskiego „pacjenta zero” wiceminister zdrowia Józefa

Szczurek-Żelazko zobowiązała konsultantów do „zaprzestania samodzielnego wydawania opinii”. Wszystko, rzecz oczywista, w szczytnym celu, by przekazywane informacje były „medycznie prawidłowe i jednolite” i, ma się rozumieć, nie wzniewały „nieuzasadnionego niepokoju w środowisku medycznym”. Zakaz ochoczo podchwyciło wielu dyrektorów szpitali, instytutów i centrów medycznych. Tylko co to dało?

Informacje o fatalnym wyposażeniu placówek medycznych w sprzęt ochronny, zakażeniach wśród personelu i pacjentów, braku odpowiednich procedur i rozwiązań organizacyjnych w szpitalach i domach opieki i tak lały się szerokim strumieniem do mediów. Słyszalny był również głos, w wielu punktach krytycznych wobec działań rządu, profesorów Krzysztofa Simona i Roberta Flisiaka. Niestety, opinie tych uznanych i cieszących się autorytetem w środowisku lekarskim ekspertów były de facto wołaniem na puszczę. Beata Lubecka z Radia Zet, która w połowie maja zapytała ministra Szumowskiego o nazwiska jego doradców w sprawie pandemii, usłyszała, że są to „osoby prywatne”. Już samo posłużenie się takim usprawiedliwieniem przed podaniem konkretnych nazwisk to kuriozum w sytuacji, gdy chodzi o decyzje rzutujące na zdrowie i życie milionów ludzi. Kiedy nieautoryzowana przez ministra lista „wyciekła” do mediów, okazało się, że wśród najbardziej wpływowych doradców nie ma doświadczonych klinicystów.

Nie mniejsze zdziwienie wzbudziła informacja o zleceniu przez ministerstwo ekspertyz na temat „modeli procesów ruchu pacjentów zakażonych lub podejrzanych o zakażenie wirusem SARS CoV-2” firmie Żabka Polska. Nie wiemy, kto i na jakiej podstawie przygotowywał ekspertyzy, które decydowały o szybkim odmrożeniu gospodarki i otwieraniu niemal wszystkiego, co wcześniej zamykano. Tak samo niewiadomą jest, z jakiego powodu minister, który potrzebował nadszpedzanie wiele czasu, by przekonać się o skuteczności maseczek, najpierw zapowiadał ich noszenie nawet przez dwa lata, a dosłownie po chwili pozwolił je zdejmować. Jak to się stało, że zrobiliśmy nagły zwrot i z drogi, którą podążały chwalone za walkę z pandemią państwa, zdecydowaliśmy się na swego rodzaju krzyżówkę rozwiązań szwedzkich i białoruskich? Rzeczowej dyskusji na ten temat z udziałem podejmujących kluczowe decyzje polityków nie ma. Są tylko memy. Coraz więcej memów... ■

“

Nie wiemy, kto i na jakiej podstawie przygotowywał ekspertyzy, które decydowały o szybkim odmrożeniu gospodarki i otwieraniu niemal wszystkiego, co wcześniej zamykano.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (100)

Wesele na szczycie Gubałówki

Na ostatnim zebraniu Rady Programowej „Gazety Lekarskiej” autorzy i redaktorzy upominali się nawzajem, aby podjąć próbę samoograniczenia w pisaniu tekstów na tematy pandemiczne.

Zadanie z łamaniem długo-pisu i konwencji okazało się jednak piekielnie trudne. Gdziekolwiek bowiem nie zajrzę, wszędzie jawią się skojarzenia covidowe.

Każdy pretekst jest dobry: maseczki na brodach, refreniczne pytania o testy, Śląsk i reszta świata, wesele, pogrzeby, polityka oraz codzienne spraw wyборы. Mamy dość, a mimo to nikt nie chce zrezygnować z wyrażenia światłego poglądu, zwykłej obawy, czy lekceważącego tonu. W Polsce nawet wirus osiągnął ideologiczno-społeczne pół na pół.

W poszukiwaniu wakacyjno-pisarzkiego wytchnienia wybrałem się zatem online na wycieczkę górską, aby zaczerpnąć świeżego powietrza, bez konieczności zakładania maseczki sanitarnej w otwartej gondoli wyciągu na Butorowy Wierch lub – nie daj Boże – w kolejce szynowej na Gubałówkę. Szedłem literkami klawiatury, krok za krokiem, od połowy marca spod domu Jana Kasprowicza aż na płaski szczyt. Koło Wielkanocy rozpocząłem długi spacer grzbietem góry, zatrzymując się co i rusz przy najbardziej nawet tandetnych góralskich budach z ciupagami, kapciami i oscypkami. Krajobraz, który zachowałem w pamięci sprzed owej romantycznej podróży, sprzedano w ostatnim czasie za dudki. Widok za widokiem po pięćset.

Zamiast krokusów – pizzerie, zamiast łąk z owieczkami – szkółki narciarskie i tory z saneczkami, zamiast pejzażu Tatr – reklamowe banery i wyborcze hasła. Hej!

Zanim wdrapałem się na niekończący się grzbiet miejskiej góry zakopiańskiej, przypominałem sobie harcerski skecz, w którym turysta pyta Bacę: „Gdzie jest Gubałówka?”. A Baca pokazuje w prawo, mówiąc: „Widzi pan tę górę?”. „Widzę” – odpowiada piechur. „To nie jest Gubałówka...”. I tak kilka razy pod rząd, aż wreszcie rozdrażniony globtroter wykrzykuje: „Nie widzę! Nie widzę żadnej góry!” A Baca wówczas z satysfakcją obwieszcza: „No i to jest właśnie Gubałówka!”.

Obozowy żart przez lata wydawał mi się zwyczajnie głupi, chociaż zawsze śmieszył. Dzisiaj uważam, że jest surrealistyczny. To widocznie kwestia wieku. Dawniej mówiło się wprost, że ktoś kłamie. Dzisiaj odwraca się kota ogonem, tłumacząc różnorodnością poglądów na świat. Jedni widzą Gubałówkę, a inni szukają jej niczym Don Kichot, podążając do Tobosso. Pół na pół.

Przedłużając się wędrówkę po płaskim jak stół szczycie, w otoczeniu pików amerykańskiej dali (tam, gdzie nie mają tak rozwiniętego, jak w Polsce, wojskowego ratownictwa górskiego) umiliłem sobie spotkaniem z fantasmagoriami Wyspiańskiego. Nie więcej niż stu pięćdziesięciosobowa tyraliera weselników poszukiwała właśnie Jaśka, co zgubił się na rogu Miodowej i Senatorskiej w przeddzień matury z wiedzy o podzielnym społeczeństwie. Został po nim tylko sznur listów otwartych bez odpowiedzi na pytanie: „Leczyć i siedzieć w więzieniu czy nie leczyć i też siedzieć?”. Panna Młoda krzyknęła: „Trza mieć buty na weselu”, a hamletowska nuta pokazała boscie nogi ochrony zdrowia, pokaleczone w codziennej włóczędce przez góry hipokryzji i beczelną ignorancję na szczytach władzy.

Na jednym ze straganów znalazłem zagubioną w sieci złotą podkowę Wernyhory, zapomniane w propagandowym jazgocie szczęście na sprzedaż. Sentymetalna pamiątka z wesele.

Nie pisać o pandemii jest piekielnie trudno, gdy nawet Baca nie wie, gdzie jest Gubałówka. ■

“

Został po nim tylko sznur listów otwartych bez odpowiedzi na pytanie: „Leczyć i siedzieć w więzieniu czy nie leczyć i też siedzieć?”.



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Z wierzchu

O portretach przywykło się myśleć jak o głębokich medytacjach o tym, co u modela siedzi w środku. Trudność tego gatunku polega przecież na wydobyciu tego, czego nie widać: duszy portretowanego. Być może jednak trudniejsze niż oddanie wnętrza w portretach bywa pokazanie, co widać z wierzchu.



A



B

Obraz: Jenny Saville, „Cindy”, 1993, prywatna kolekcja

Namalować skórę tak, by poczuć można było jej ciepło, to nie lada sztuka. Rzadko kto potrafi oddać ciało z wirtuozerią równą tej, którą osiągnęła Jenny Saville. Obraz „Cindy” jest wynikiem ścisłej współpracy medycyny ze sztuką. Aby jak najlepiej oddać twarz portretowanej po operacji, Saville zainicjowała kontakt ze znanym nowojorskim chirurgiem plastycznym Barrym Weintraubem, który pozwolił jej obserwować swoją pracę z pacjentami. Artystka obserwacje te przełożyła na swój własny, malarski język, konfrontując widza z pooperacyjną twarzą Cindy.

Saville wpisała ją w kadr tak ciasny, że obejmuje tylko część policzków, czoła i brody. Ramy obrazu w sposób niemalże fizyczny napierają na portretowaną, kreując elektryzujące napięcie.

Malarka zmusza widza do obcowania z pacjentką twarzą w twarz, w bliskości tak intymnej, że aż nieznośnej. Opatrunek na nosie Cindy wskazywać może, że poddała się zabiegowi rynoplastyki, malarka nie daje jednak widzowi wielu wskazówek co do kontekstu sceny. Narracyjność ogranicza do minimum, zamiast historii proponuje czołowe zderzenie z ciałem, którego cielesność oddaje w odważnych impastach.

W zasadzie można nazwać ten obraz portretem powierzchownym: artystka koncentruje się na skórze, jej fakturze i odcieniach zmanipulowanych przez interwencję chirurgiczną. Róż przeplata się tu z żółcią, czerwienią i zasinieniem, i gdzieś między nimi umykają oczy kobiety. Mięsistość farb potączona z widocznymi śladami pędzla potęguje jeszcze wrażenie dotykanej cielesności. To portret ciała, ono jest tu głównym bohaterem. To głęboki wizerunek wierzchu, w którym Saville udało się wydobyć całe jego dramatyczne skomplikowanie i, jakże ludzką, niedoskonałość. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 06/2020

1. Dodanie jabłka do postaci kobiecej, którą obejmuje Bóg Ojciec.

Postać kobiety interpretowana jest jako Ewa, zatem obecność jabłka obok niej miałaby sens.

2. Zmiana koloru czerwonej płachty za Bogiem i aniołami.

Draperia za postaciami stała się przedmiotem najrozmaitszych interpretacji, łącznie z tą, że przypominać ma ponoć kształtem mózg, jej kolor jest zatem istotny. Jego zmiana nie byłaby uzasadniona.

3. Wyszczuplenie Adama w okolicach pasa.

Męskie figury Michała Anioła znane są z potężnych, heroicznych niemal torsów, zatem pozbawiony sześciopaku Adam nie byłby w stylu włoskiego mistrza.

4. Pozbawienie postaci Boga brody.

Przedstawienia Boga Ojca jako staruszka z siwymi włosami i brodą są niezwykle popularne w historii sztuki. Brak brody mógłby nie tylko niebezpiecznie odmłodzić postać, ale i pośrednio pozbawić ją autorytetu.



Obraz: Michał Anioł, „Stworzenie Adama”, Kaplica Sykstyńska, Watykan, 1508-1512

NAGRODZENI Z „GL” 06/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Joanna Szkatuła z Wodzisławia Śląskiego**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Ewa Ługowska-Pilip z Węgrowa, Izabella Nowobilaska-Kaufman z Łodzi, Witold Obrzut z Myśłowic**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 15 sierpnia 2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL07/08** 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

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@hipokrates.org; 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; 4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres maksymalnie 1 roku; 5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych; 6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

HISTORIA I MEDYCyna

ICD Mirowskiego

40 lat temu po raz pierwszy wszczepiono człowiekowi defibrylator. Badacze historii elektrofizjologii, notując skrupulatnie nazwiska związane z tym urządzeniem, podają specjalistów różnej narodowości: Beck, Kouwenhoven, McWilliam, Zoll, Levy, Lown... Kluczowy element tej opowieści związany jest jednak z wybitnie polskobrzmiącym nazwiskiem: Mirowski.

TEKST: DR N.MED. **MAGDALENA MAZURAK**, ODDZIAŁ KARDIOLOGII
DZIECIĘCEJ, WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU

Ocenia się, że jedynie jedna trzecia przypadków nagłego zatrzymania krążenia dotyczy miejsc publicznych, takich jak ulice, dworce, uczelnie czy centra handlowe. Do większości NZK dochodzi w domu.

Jeżeli więc udało się w przeszłości przenieść defibrylatory z zamkniętych sal operacyjnych do przestrzeni publicznej, dlaczego nie można by ich umieścić w domach? Albo jeszcze lepiej – wszczepić ludziom do wnętrza ich ciała?

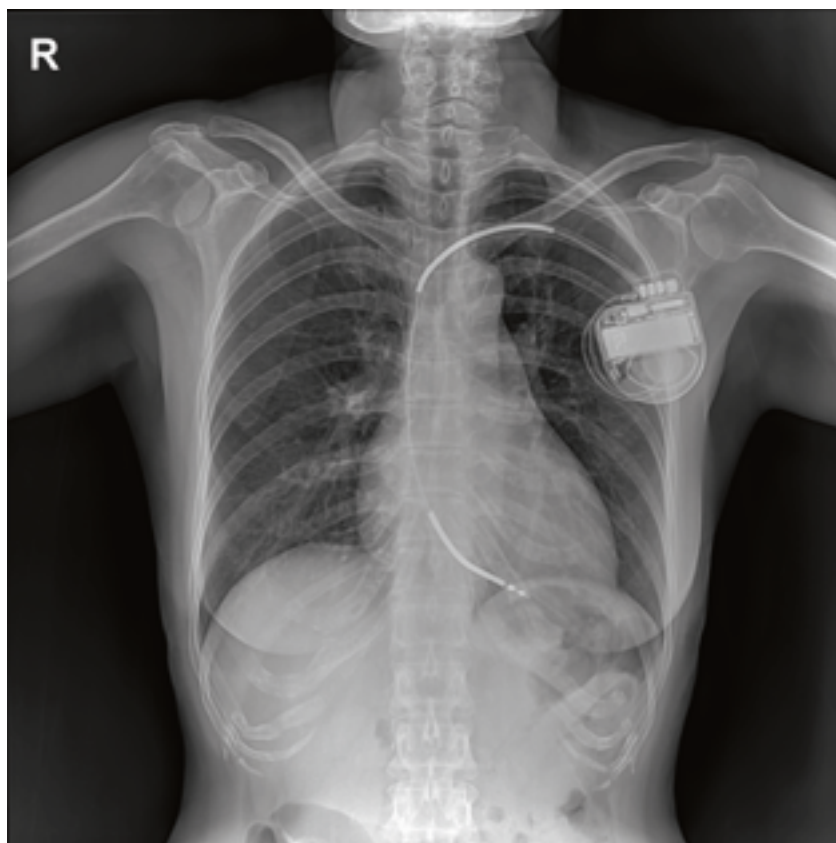
NIC NIE UMIEJĄ CI LEKARZE

To idea, której dużą część swojego życia poświęcił urodzony w Polsce amerykański lekarz Michel Mirowski. Jak podaje „Encyklopedia Britannica”, w latach 60. XX w. wpadł on na pomysł stworzenia implantowanego kardiowertera-defibrylatora, który mógłby być wykorzystany u pacjentów dotkniętych niektórymi rodzajami arytmii. Pierwszy ICD wszczepiono u pacjenta 4 lutego 1980 r. Jak do tego doszło?

Michel Mirowski urodził się jako Mordechaj Frydman (Friedman) w 1924 r. w Warszawie. Jako kilkulatek był konsultowany z powodu szmeru nad sercem. Dziecku zaordynowano unikanie wysiłku fizycznego.

“

Pierwszy wszczepialny kardiowerter-defibrylator zastosowano u pacjenta 4 lutego 1980 r.



Zdjęcie prześwietlenia klatki piersiowej z widocznym wszczepionym ICD.

FOTO: SHUTTERSTOCK.COM



Pacjent był jednak krytyczny co do tych zaleceń: „Nic nie umięją ci lekarze. Kiedy dorosnę, zostanę kardiologiem” – twierdził.

Jeszcze w latach 30. ojciec zmienił mu imię i nazwisko na polsko-brzmiące: Mieczysław Mirowski. W 1939 r. zmarła mu matka. A potem wybuchła wojna i nic już nie było takie samo. Miał 15 lat, postanowił przedostać się za wschodnią granicę, na tereny okupowane przez Sowieci. Tam, do końca wojny, korzystając z fałszywych dokumentów, ukrywał się w wioskach i lasach. Cudem przeżył.

ROK 1966

Po wojnie powrócił do Polski. Domu nie było, a cała rodzina zginęła w obozach zagłady. Nie przeżył ojciec, ani ośmioletni brat, żaden z kuzynów, ani jedna ciotka. Udało się tylko jemu. Zgodnie z wolą ojca rozpoczął studia medyczne, początkowo w Gdańsku. Po roku wyemigrował do Izraela. Tam jednak nie było wtedy możliwości studiowania medycyny, więc powrócił do Europy i w 1947 r. rozpoczął studia medyczne na uniwersytecie w Lyonie. Warto zaznaczyć, że właściwie nie znał wtedy języka francuskiego (ani też angielskiego). We Francji zmienił imię na Michel i tak dziś funkcjonuje w literaturze światowej. Jego doktorat dotyczył komisurotomii zastawki mitralnej (obserwacja 29 przypadków).

Poślubił Francuzkę, Annę, i razem powrócili do Izraela. Nie na długo jednak. Mirowski zdecydował się specjalizować w kardiologii, wyjechał więc do Meksyku i rozpoczął pracę w tamtejszym Instytucie Kardiologii (można tam podziwiać olbrzymi mural Diego Rivery poświęcony historii kardiologii). Dzięki stypendium wyjechał na staż do Stanów Zjednoczonych do szpitala im. Johnsa Hopkinsa w Baltimore. W 1966 r. powrócił do Izraela z żoną i trzema córkami i został jedynym kardiologiem w szpitalu oddalonym 15 km od Tel Awiwu (Assaf Harofeh Hospital)..

Nieoczekiwanie rok 1966 stał się punktem zwrotnym w życiu i karierze zawodowej Michela Mirowskiego.

Mirowski razem z Mowerem nie poddawali się. Wszczepili defibrylator psu. Cały eksperyment rejestrowali na taśmie filmowej.

Jego przyjaciel i mistrz, którego traktował jak ojca, prof. Harry Heller (specjalista chorób wewnętrznych), zmarł nagle w domu z powodu kolejnego epizodu częstoskurczu komorowego, który zdegenerował do migotania komór. Prof. Heller wiedział, że przebywając w domu zwiększa ryzyko nagłego zgonu, ale nie chciał reszty życia spędzić w szpitalu, choć tylko tam był dostęp do defibrylatora, który w razie kryzysu mógł uratować mu życie. Mirowski był przekonany, że życie jego przyjaciela i wielu innych ludzi można by ocalić, gdyby tylko udało się umieścić defibrylator w ciele pacjenta. Niestety, ówczesne konstrukcje ważyły nawet kilkanaście kilogramów.

Ta idea stała się jego życiowym wyzwaniem. W Izraelu niestety nie było szans na realizację tego projektu. Szczęśliwie, na jednym z sympozjów kardiologicznych, Michel Mirowski nieoczekiwanie dostał propozycję pracy w USA, w szpitalu w Baltimore. Postanowił przyjąć tę posadę, bo tam były techniczne możliwości pracy nad zastosowaniem wszczepialnych defibrylatorów. Ceną tej decyzji była rezygnacja z dotychczasowej stabilizacji życiowej i pozycji. Dalej była niewiadoma.

UDANY EKSPERYMENT

Michel Mirowski objął kierownictwo oddziału intensywnej opieki kardiologicznej w Sinai Hospital w Baltimore, szpitala należącego do Uniwersytetu im. Johnsa Hopkinsa. Tam poznał Mortona Mowera, który był lekarzem, ale też świetnym muzykiem i elektronikiem. Razem opracowali prototyp defibrylatora. Niestety artykuł, który na ten temat napisali, odrzuciło kilka czasopism kardiologicznych, ostatecznie tekst opublikowany został w piśmie dla internistów.

Mirowski razem z Mowerem nie poddawali się. Wszczepili defibrylator psu. Cały eksperyment rejestrowali na taśmie filmowej. W wyniku wywołanego przez badaczy częstoskurczu/migotania komór zwierzę straciło przytomność i padło na podłogę w pracowni. Urządzenie zareagowało prawidłowo – po chwili pies podniósł się, zamerdał ogonem i przeszedł kilka metrów. Jednak nawet film nie przekonał opornych czołowych sław kardiologii. Mirowski został zbesztany. Znakomici kardiolodzy Lown i Axelrod w opiniotwórczym czasopiśmie „Circulation” w 1972 r. nazwali defibrylatory „niedoskonałym rozwiązaniem”, twierdząc, że „skonstruowano je tylko dlatego, że było to po prostu możliwe”.

TAMCI TO BYLI AMATORZY

Mimo tej niekonstruktywnej, ostrej krytyki Mirowski razem z Mowerem nadal pracowali nad miniaturyzacją i ulepszeniem urządzenia, tak by można było je wszczepić człowiekowi. Udało się. Ten dzień nastąpił 4 lutego 1980 r. W szpitalu w Baltimore zaimplantowano kardiowerter 57-letniej kobiecie w ramach profilaktyki wtórnej (po NZK na skutek zawału serca). Dr Ariella Rosengard-Mirowski (córka Michela) zapytała ojca po latach, jak poradził sobie z tak dużą krytyką i ostracyzmem największych gigantów kardiologii. Ten pomyślał chwilę i odpowiedział: „Przeżyłem Hitlera. I przeżyłem Stalina. A tamci to byli amatorzy”.

Warto zauważyć, że krytyka znamiennych kardiologów skutkowałą utratą szerszego zainteresowania defibrylatorem, wycofaniem się sponsorów, a w konsekwencji brakiem środków na badania. Coś zaczęło się jednak zmieniać. W 1981 r. Bernard Lown napisał w liście do Mirowskiego: „Śledziłem Pana pracę

4.02.1980

– tego dnia w szpitalu w Baltimore zaimplantowano kardiowerter 57-letniej kobiecie w ramach profilaktyki wtórnej.

z dużą uwagą i zainteresowaniem. Rezerwa, którą miałem dawniej w stosunku do Pana, wymagała ponownej oceny. Nic w życiu nie jest stałe z wyjątkiem śmierci". W 1985 r. defibrylator Mirowskiego, po serii badań in vivo, otrzymał akceptację FDA. Pierwsze dostępne na rynku urządzenia miały wielkość książeczki do nabożeństwa i ważyły ok. 300 gramów. Wszczepiano je w powłoki brzuszne, elektrody były nasierdziejowe, nazywane na serce.

Michel Mirowski swoje wykłady formułował zawsze po angielsku, ale znał biegle także francuski,

hebrajski, polski, rosyjski, hiszpański. Trzy jego córki (Ginat, Ariella, Doris) poszły w ślady ojca, wybierając medycynę. Twórca ICD nie chciał wracać do tragicznych wspomnień z lat dzieciństwa. Po zakończeniu wojny nie miał potrzeby podróży do Polski, Rosji, a tym bardziej Niemiec.

Naukowiec czy eksperymentator nie zawsze ma szansę zobaczyć realizację swoich pomysłów. On miał to szczęście, że tego dożył. Powtarzał, aby nie poddawać się i nie ulegać. Uważał, że powinno się mieć w życiu plan na rok, na pięć lat i na dziesięć lat, nie powinno się pozostawiać

spraw własnemu biegowi. Przywiązywał wagę do szczegółów, zwykł mawiać: „Ufaj, ale sprawdź”.

W latach 80. zdiagnozowano u niego szpiczaka mnogiego. Ratunkiem mogło być przeszczepienie szpiku od dawcy spokrewnionego, ale przecież z jego rodziny nie ocalał nikt. Nikt więc nie mógł mu pomóc. Nie było ratunku dla człowieka, który niemal całe swoje dorosłe życie pracował nad urządzeniem ratującym od nagłego zgonu sercowego setki tysięcy ludzi. Michel Mirowski zmarł 26 marca 1990 r. Miał 66 lat. W tym roku mija 30. rocznica jego śmierci. ■

KULTURA

PhotoArtMedica



**Zgłoszenia do 8. edycji Salonu
PhotoArtMedica 2020
– www.photoartmedica.pl**

**„Miłość”, dr Małgorzata Czajka-Stelmaszewska (diabetolog, Gdynia),
uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2013**

BILANS

Mapa kultury lekarskiej

Minął rok od rezolucji I Małego Kongresu Kultury Lekarskiej w Płocku. Tegoroczne spotkanie w Opolu z Lekarskim Festiwalem Polskiej Piosenki zaplanowane z okazji jubileuszu 30-lecia samorządu odłożono do września 2021 z przyczyn pandemicznych. Czas jednak nie stanął w miejscu i warto w połowie ósmej kadencji spojrzeć, co wiemy o aktywności kulturalnej w poszczególnych izbowych okręgach.

TEKST: JAROSŁAW WANECKI,
PRZEWODNICZĄCY KOMISJI KULTURY NRL



Lekarskie zaangażowanie w bierną i czynną działalność kulturalną nie jest niczym nowym. Nie mam żadnych wątpliwości, że należymy do jednej z najbardziej zaczytanych grup zawodowych. Założę się, że nie ma takiej ogólnopolskiej inicjatywy, premiery, wernisażu, koncertu, w którym nie brałby udziału choćby jeden lekarz. Na szczęście w dobrym tonie jest znajomość sztuk, w czym wielokrotnie pomaga dodatkowe wykształcenie muzyczne, talenty manualne wykorzystywane przy stołach operacyjnych i na fotelach dentystycznych, wyobrażenia spod laboratoryjnych szkieł oraz pasje podróżnicze do najdalszych zakątków świata, wypełnionego zabytkowymi budowlami, salami koncertowymi, muzealnymi dziełami, teatrem słów, gestów, zachowań i smaków.

Podejmując kartograficzną próbę wskazania miejsc związanych z kulturalną aktywnością lekarzy, komisja ds. kultury Naczelnej Rady Lekarskiej od wielu lat napotyka na trudności. Po 1990 roku w większości izb, także w NIL, kulturę łączono organizacyjnie i finansowo ze sportem, turystyką i rekreacją. Przez trzy dekady w wielu okręgach mamy stagnację, a środki budżetowe w części izb nie przekładają się na promocję talentów, a co za tym idzie szeroko rozumianej humanistyki w medycynie. Stąd „białe plamy”, których mimo powtarzających się próśb wiceprzewodniczącego KK, wysyłania apeli do Konwentu Prezesów i komisarzy, intensywnego przeglądania stron internetowych, sprawozdań i ankiet izb, nie udało się uzupełnić z powodu braku danych. Na zachętę pokazujemy wszystkie stolice samorządu lekarskiego oraz niektóre delegatury i mniejsze miejscowości, aby zmobilizować lokalne środowiska do pochwalenia się swoim dorobkiem w przestrzeni publicznej. Z nadzieją czekamy na wyrazy oburzenia i drobne sprostowania! Okazją do mobilizacji niech będzie projektowana e-Mediateka Lekarska, którą połączymy

z digitalizacją twórczości polskich lekarzy od zarania dziejów. W wyremontowanych przestrzeniach przy Sobieskiego 110 planujemy ponadto tradycyjną bibliotekę oraz profesjonalne instalacje indywidualnych oraz pokonkursowych wystaw fotografii i malarstwa. Przymierzamy się w przyszłości do udostępnienia kanałów transmisji koncertów online. Próba generalna powinna odbyć się podczas festiwalu opolskiego za ponad rok.

STRUKTURA I PIENIĄDZE

Organizacja kultury lekarskiej jest różnorodna. Najczęściej okręgowe rady powołują komisje problemowe, których zadaniem jest podział przeznaczonych w budżecie środków. Tam, gdzie takich ciał kolegialnych nie ma, decyzje o koncertach i wystawach oraz impresariacie imprez ze zniżkami dla lekarzy i lekarzy dentystów, podejmują prawdopodobnie radni. Część komisji opracowuje własny plan produkcji artystycznych. Modelowym przykładem jest Poznań. Afisz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej uzupełniony o pomysły z Lublina, Łodzi, Katowic i Olsztyna, spokojnie może zaspokoić ogólnopolskie ambicje. W największych ośrodkach działają ponadto lekarskie kluby umożliwiające spotkania literackie, muzyczne, taneczne, kabaretowe i filmowe. Tam też działają zadomowione w kawiarniach, w foyer i w salach konferencyjnych galerie malarstwa i fotografii.

Z niecierpliwością czekam na inaugurację artystycznej piwnicy

w odrestaurowanej izbie krakowskiej. Auli, scen, infrastruktury i sprzętu akustyczno-oświetleniowego będących w zasobach samorządu nie powstydziliby się w wielu wypadkach profesjonalści. Inną formułą wspomagania kultury jest dofinansowywanie stowarzyszeń lekarskich prowadzących np. chóry i orkiestry. Wiele inicjatyw opiera się o granty lub po prostu dopłaty „ad hoc” do działań indywidualnych (nagrania płyt, wydawnictwa), ale także w formie sponsoringu miast lub województw.

Trudny do obliczenia jest udział finansowy Naczelnej Rady Lekarskiej w działaniach ogólnopolskich. Budżet Komisji Kultury z roku na rok znacząco rośnie i przekracza obecnie 200 tysięcy złotych. Podziału środków dokonuje dziesięcioosobowe gremium, rozpatrując wnioski, nazywane „afiszami”. Występujący o dofinansowanie muszą spełnić kilka warunków, w tym wykazać, że impreza obejmuje terytorium nie mniej niż dwóch izb. Komisja dba również o własne produkcje. Od kilku lat NIL jest mecenasem Polskiej Orkiestry Lekarzy. Członkowie Komisji Kultury osobiście nadzorują organizację „Weny” oraz warsztaty malarskie, fotograficzne, ceramiczne i chóralskie.

MUZYKA PONAD WSZYSTKO

Potęga muzyczna polskich lekarzy wzbudza podziw poza granicami. Czasem odnoszę wrażenie, że mniejszy entuzjazm panuje wśród rodzimych decydentów. A przecież nie ma



Podejmując kartograficzną próbę wskazania miejsc związanych z kulturalną aktywnością lekarzy, komisja ds. kultury Naczelnej Rady Lekarskiej od wielu lat napotyka na trudności. Po 1990 roku w większości izb, także w NIL, kulturę łączono organizacyjnie i finansowo ze sportem, turystyką i rekreacją.



żadnego wstydu. Dlatego twórczość koleżanek i kolegów powinna być promowana wszędzie, gdzie to tylko jest możliwe. Oczywiście wszyscy lubimy koncerty gwiazd i powinniśmy je także odważnie organizować. Nic nie stoi jednak na przeszkodzie, aby wirtuozów poprzedzano popisami lekarzy: solistów śpiewu klasycznego i rozrywkowego, zespołów rockowych, chórów (równie dobrze radzących sobie w oratoriach sakralnych, jak i piosence rozrywkowej), czy różnorodnego repertuaru orkiestr symfonicznych.

PULS WENY

Unia Polskich Pisarzy Lekarzy od ponad 50 lat jest wiodącym stowarzyszeniem zajmującym się literaturą piękną, która wychodzi spod lekarskich piór. Przez kilka kadencji głównym ośrodkiem poezji i prozy była Łódź, która mimo oddania pałeczki pierwszeństwa do Krakowa, nadal organizuje biesiady i konkursy literackie. Coraz bardziej prężna jest Warszawa z konkursem „Puls Słowa” współorganizowanym ze Związkiem Literatów Polskich. W przyszłym roku po raz dziesiąty wręczone zostaną nagrody ogólnopolskiej „Weny”, przygotowywanej

przez Komisję Kultury NIL i „Medycynę Praktyczną”. Spotkanie w krakowskim Teatrze Słowackiego jest wzorcowym przykładem łączenia twórczości lekarzy, artystów profesjonalnych i podopiecznych fundacji Anny Dymnej „Mimo wszystko”.

SZTUKI PLASTYCZNE

Popularność fotografowania przewyższa nasze połączone zainteresowania muzyczne i motocyklowe. Zdjęcia robią wszyscy, ale fotografia artystyczna oceniana podczas międzynarodowego salonu PhotoArtMedica w Częstochowie, wykłady w Kazimierzu Dolnym i wystawy w każdym zakątku Polski z okazji zjazdów, jubileuszy i kongresów, są sztuką na najwyższym poziomie. Za nie mniej interesujące uznaję wernisaże, poprzedzone plenerami malarskimi w całej Polsce. Nowym hitem jest ceramika, której wypalania można nauczyć się w Orońsku.

ZAMKNIĘTE SZUFLADY

Talenty lekarzy, zatrzymane w literach i nutach, obrazach, i fotografiach, nie zawsze są pokazywane publiczności. Powody są różne: wstyd, poczucie niskiej wartości lub brak środków. Otwarcie na te problemy

powinny wykazywać po pierwsze okręgowe izby lekarskie oraz lokalne stowarzyszenia twórcze.

NIECH ŻYJE BAL...

Wodząc palcem po kulturalnej mapie najczęściej natrafimy na bale karnawałowe (także poza granicami Polski, np. w Chicago). Nie mniej popularne są imprezy rodzinne z dziećmi i spotkania seniorów, którzy mają więcej czasu na słuchanie i oglądanie dzieł koleżeństwa. Lubimy się bawić, a kontakt ze sztuką, próby chóralistyki i gry na instrumentach, nocne pisanie, gruntowanie płócien oraz pstrykanie migawkami, traktujemy jak wentyl psychicznego bezpieczeństwa po pracy.

Wrażliwość estetyczna to niezbędny element naszych zawodów, o który, jak widać, potrafimy zadbać. Nie oznacza to jednak sielanki. Na mapie obok „białych plam” można byłoby zaznaczyć także „czarne dziury” konfliktów. Komisja Kultury rozpoznaje te miejsca i tylko czasem interweniuje, licząc że wszystkie problemy można rozwiązać z wzajemnym szacunkiem, czyli kulturalnie. ■

KULTURA

Plener

Komisja Kultury ORL w Lublinie zaprasza do udziału w VIII Ogólnopolskim Plenerze Fotograficznym Lekarzy, który odbędzie się w dniach **15-20 września** w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. Plener jest organizowany przy współudziale NRL. Liczba miejsc: 20, liczy się kolejność zgłoszeń. Dodatkowe informacje są dostępne na www.gazetalekarska.pl i www.kultura.oil.lublin.pl. ■

Konkurs

Lubelska Izba Lekarska i UM w Lublinie we współpracy z Lubelskim Towarzystwem Fotograficznym i Związkiem Polskich Artystów Fotografików Okręg Lubelski ogłaszają X Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy i Studentów Medycyny. Nadsyłanie prac do **31 października**. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 22 listopada. Wernisaż z wręczeniem nagród zaplanowano na 12 grudnia. Dodatkowe informacje na www.gazetalekarska.pl i www.kultura.oil.lublin.pl. ■

Fotografia

W październiku w Klubie Lekarza w Łodzi odbędzie się Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Mój świat...”. Realizację tego tematu organizator, Komisja Kultury OIL w Łodzi, pozostawia inwencji oraz wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć w niej udział. Termin dostarczania fotografii upływa **9 października**. Więcej na www.gazetalekarska.pl. ■

NASZA CZYTELNIĄ



Arytmie serca u dzieci

Red. naukowa: Katarzyna Bieganowska, Maria Miszczak-Knecht

Bogato ilustrowane kompendium wiedzy na temat najczęstszych zaburzeń pracy serca u dzieci. Duży nacisk położono na praktyczne zastosowanie informacji zawartych w tej publikacji. Książka nie tylko dla lekarzy specjalizujących się w kardiologii dziecięcej, lecz także kardiologów, pediatrów i lekarzy rodzinnych. Publikacja została objęta patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.



Farmaceuta z Auschwitz. Historia zwyczajnego zbrodniarza

Patricia Posner

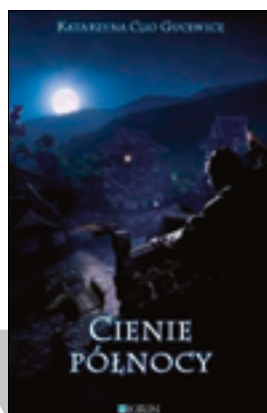
Reportaż historyczny o Victorze Capesiusie, zwykłym, miłym przedstawicielu farmaceutycznym, który w sprzyjających okolicznościach stał się okrutnym oprawcą. Jako główny aptekarz w Auschwitz bez emocji odmawiał wydawania chorym leków i rozdzielał cyklon B używany w komorach gazowych, a przy okazji dorobił się fortuny m.in. z wyrwanych złotych zębów.



Chory we wstrząsie

Red. naukowa: Urszula Zielińska-Borkowska, Tomasz Skirecki

Podręczne kompendium z najważniejszymi informacjami na temat patofizjologii, diagnostyki i terapii głównych typów wstrząsu: hipowolemicznego, dystrybucyjnego, kardiogenego i obturacyjnego. Odrębnie omówiono też wstrząs w populacji pediatrycznej oraz w okresie okołoporodowym. Publikacja zawiera dodatkowo algorytmy i tabele, przydatne do zastosowania w praktyce klinicznej.

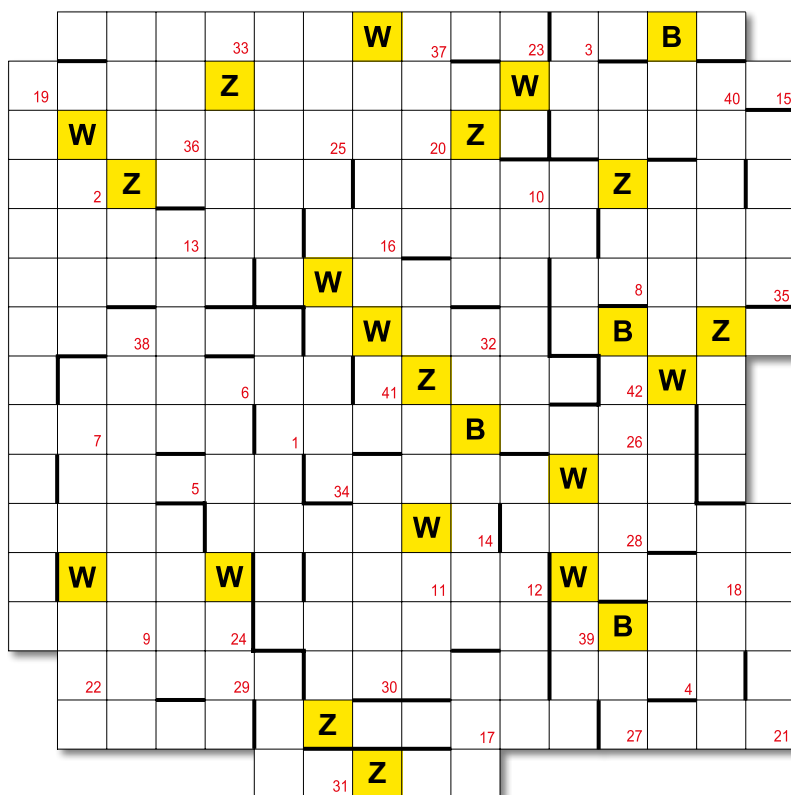
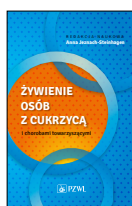
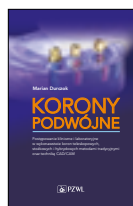


Cienie północy

Katarzyna Clio Gucewicz

Druga część fabularyzowanej biografii Date Masamune - wojownika nazywanego jednookim smokiem. Książka przedstawia dalsze losy chłopca, który w przyszłości stanie się jednym z najbardziej charyzmatycznych dowódców okresu jednoczenia Japonii. Autorką tej powieści historycznej jest specjalistka psychiatrii, na co dzień mieszkająca w Finlandii i praktykująca w jednym z tamtejszych szpitali psychiatrycznych.

Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, W i Z. Na ponumerowanych polach ukryto 42 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Jonathana Swifta. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 sierpnia 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



* fundacja Ewy Błaszczyk * trzecie miasto Bośni, po Sarajewie i Banja Luce
 * czterokrotny mistrz olimpijski w rzucie dyskiem * tysienie typu alopecia
 areata * maślak sitarz * stolica Kraju Zabajkalskiego * gustus * drugi
 Achaj po Achillesie * lemur wełnisty z Madagaskaru * brak zawiązka
 narządu * urodzony w Żelazowej Woli * przewodnik (ang.) * infuzja
 * imię giermka Don Kichota * oddziela lagunę od morza * cuchnący nieżył
 nosa * wierzbina na Niedzielę Palmową * karciane lub wodne * odczyn
 antystreptolizynowy * szton * niedołęga, łamaga * żona doktora
 Żywago * niemieckie, nazistowskie * pięcioksiąg Mojżesza * mieszaniec
 * dokumenty (łac.) * załoga wioślarska * ból nosa (łac.) * najdłuższy
 prawy dopływ Sawy * najmniejsza jednostka informacji * liszajowate
 zmiany skórne wywołane przez pajęczaka (łac.) * Edmund, wybitny aktor
 ang. zmarły w 1833 r. * gorąco, upał * mierzony w decybelach * Baryka
 dla bliskich * partner omaszowania i ożaglowania * promieniowanie
 otoczenia * kardynał, pierwszy minister Francji zmarły w 1661 r. * kłamec
 * bobas, niemowlę * atol lub poligon atomowy * zbytki, błazenada * nasz
 lek we wczesnej fazie choroby Parkinsona * Oliver, ang. mąż stanu zmarły
 w 1658 r. * drzewiarskie przedszkole * uzdrowisko w Turynii lub marka
 zegarka * imię poprzednika Breżniewa * ziomek, ojciec zięcia lub synowej
 * kresa (łac.) * nasz pierwszy reaktor jądrowy * w hot dogach * zęba
 lub sztangi * dobrze, słusznie (łac.) * dwubarwny agat * SARS lub Ebola
 * fala usg. * gród pod Buczaczem, patron 14. pułku ułanów * rosa śmierci
 * ojciec Bolesława Pobożnego * parlament Szwecji * ciecz (łac.) * pierwszy
 afroamerykański prezydent USA * historia obrazkowa * adenomatosis
 * karpiove zniwa * tam pakuje się towary * jego szyszkogody na lek
 i dżin * wojenny okręt wiosłowo-żaglowy * skok w galopie * należą do
 nich niob i tantal * płynie przez Winnicę * wybierani w Sparcie do rządów
 przez rok * pierwiastek państwa Curie odkryty w 1898 r. * udomowione
 gwanako * biedrzeniec z wykrztuśnym odwarem * kumkają * brak lub
 niedobór witamin

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki Lekarskiej nr 254 („GL” nr 05/2020)

Nie narzekaj, że masz pod górę, gdy zmierzysz na szczyt.

Nagrody otrzymują:

Antonina **Przybył** (Gdańsk), Monika **Rudy** (Tarnawa Górna), Konrad
Suchora (Wschowa). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie
 PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelną
 Rada
 Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 176 350 tegz.

Rada Programowa
Sławomir Badurek (sekretarz)
Jarosław Biliński
Paweł Czekalski
Ryszard Golański
Krzysztof Madej (przewodniczący)
Dariusz Paluszek
Damian Patecki
Marek Stankiewicz
Jarosław Wanecki
Jacek Woszczyk

Redaktor naczelna
Marta Jakubiak
 Tel. 698 297 739
naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska
 sekretarz redakcji
 Tel. 668 854 344
l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak
 dziennikarz
 Tel. 696 48 70 48
l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak
 redaktor portalu internetowego
m.tomczak@gazetalekarska.pl
www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40
redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji
 00-764 Warszawa,
 ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing
Elżbieta Tarczyńska
 Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830
e.tarczyńska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia
Olga Aniśko
 Tel. (22) 559 13 26
o.anisko@gazetalekarska.pl

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

Skład i opracowanie graficzne
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 skrótów, 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 przeznaczo-
 ną jest tylko dla osób uprawnionych do wystawiania
 recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczni-
 czymi w rozumieniu przepisów ustawy z 6 września 2011 r.
 – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. nr 126, poz. 1381, z późn. zmia-
 nami i rozporządzeniami).

