



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

09 | 2021



Koronaemocje

**Ważne jest, jakich ludzi wybieramy | W niebycie | Jakich umów nie podpisywać?
Drzwi postępu zostały szeroko otwarte | „Zdrowa przyszłość” nie dla zębów**

W tym numerze

NR 09/2021 WRZESIEŃ GAZETA LEKARSKA



55 ZE ŚWIATA

24

Drzwi postępu
zostały szeroko
otwarte

46

SARS-CoV-2
może infekować
jądra



13 SAMORZĄD



56

ZE ŚWIATA

O pacjentach
szczególnych

Samorząd

- 4 Światy równoległe...
(Andrzej Matyja)
- 6 Będzie protest
- 8 Felieton noworoczny
(pesymistyczny)
(Krzysztof Madej)
- 10 Ważne jest, jakich ludzi
wybieramy
- 13 W niebycie

Temat numeru

- 18 Pandemia
w liczbach
- 19 Koronaemocje
- 22 Co dalej?
- 24 Drzwi postępu
zostały szeroko
otwarte

Prawo i medycyna

- 26 Spółka zatrudniająca lekarzy
a kasy on-line
- 29 Tożsamość czynu
- 32 Jakich umów nie podpisywać?

Praktyka lekarska

- 34 Czas i magia symboli
(Andrzej Cisko)
- 35 Utrata zębów a demencja
- 36 „Zdrowa przyszłość”
nie dla zębów
- 38 Biuletyn
- 43 Pomysły i plany
- 46 SARS-CoV-2 może
infekować jądra
- 47 Rzeczywistość i ograniczenia
- 50 Załamanie systemu

- 51 Sieć nie uratuje kardiologii
- 52 Listy do redakcji

Ze świata

- 54 Sceptyczni wobec e-wizyt
- 55 Kto zarabia najwięcej?
- 56 O pacjentach szczególnych

Po godzinach

- 60 Stawiam na racjonalizm
(Sławomir Badurek)
- 61 Książki z autografem
(Jarosław Wanecki)
- 63 Palec kardiochirurga
- 66 Na zawsze
- 68 Kultura
- 70 Sport
- 72 Ogłoszenia
- 82 Jolka lekarska

Światy równoległe...



Andrzej Matyja
prezes NRL

**...jednak istnieją! Przynajmniej w ochronie zdrowia.
Coraz bardziej przekonujemy się, że my, praktycy,
żyjemy w innej rzeczywistości niż politycy i wsłuchani
w nich urzędnicy.**

Koniec sierpnia przynosił – dzień po dniu – złe wiadomości. Najpierw śmierć trzydziesto-ośmioletniego anestezjologa z Wałbrzycha, którego organizm – wszystko na to wskazuje – nie wytrzymał pracy ponad siły.

Kilka dni później ukazała się informacja, że w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku kilkunastu lekarzy zwolniło się z pracy. Powód? „Medycy rzucili papierami z powodu niskich wynagrodzeń, ale także przez warunki pracy, w tym nadmiarowe godziny, które musieli brać z uwagi na problemy kadrowe w placówce” – doniosły media. Dyrektor szpitala skomentował to tak: „nie można mówić, że lekarz jest przepracowany. On się na to pracowanie godzi, wybierając taki zawód”.

Tych, co w nieświadomości wybierali swój zawód i teraz przejeżdżali na oczy, jest więcej, bo kolejne oddziały w różnych częściach kraju są zamykane z powodu braku lekarzy, a zabiegi odwoływane, ponieważ nie ma wystarczającej liczby anestezjologów. „Dość” mówią też ratownicy medyczni. Pielęgniarki nie godzą się na dyskryminację ich koleżanek o długim stażu i doświadczeniu, co dzieje się po wprowadzeniu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu.

Ustawę o wynagrodzeniach przepychano kolanem, wbrew głosom medyków. Politycy i urzędnicy wiedzieli lepiej i z uporem forsowali swoje pomysły. Słuchając ich argumentów, trudno było oprzeć się wrażeniu, że przypominają one bardziej frazy wyjęte z tekstów PR-owych dla potrzeb mediów niż rzeczowe polemiki.

W podobnym stylu formułowane są zapewnienia polityków i urzędników Ministerstwa Zdrowia o bardzo dobrym przygotowaniu na czwartą falę pandemii. To samo

słyszeliśmy przed rokiem. Po czym okazało się, że odnotowaliśmy liczbę zgonów znacząco przekraczającą średnie z lat poprzednich.

Dziś słyszymy echo optymistycznych zapewnień sprzed roku, a ze szpitali płyną informacje, że nadal nie ma jasnych wskazówek i wytycznych na wypadek gwałtownego wzrostu zachorowań.

Kolejne zderzenie deklaracji z rzeczywistością to program „Profilaktyka 40 Plus”. Długo zapowiadany, miał promocyjną oprawę, prezentacje, wizualizacje, potok słów, a po blisko dwóch miesiącach od startu okazuje się, że skorzystało z niego zaledwie ok. 1 proc. uprawnionych. Program przewidziany jest do końca tego roku, więc sukces stoi pod znakiem zapytania. Lekarze rodziinni wskazują błędy, a właściwie powtarzają to, co

mówili, gdy program przygotowywano, ale widocznie nie słuchano ich tak uważnie jak doradców od wizerunku i specjalistów od słupków poparcia.

Można przypuszczać, że podobnie było z ustawą o wynagrodzeniach. Opinii publicznej serwowano opowieści o wysokich podwyżkach dla

medyków, o gigantycznym wzroście nakładów na zdrowie, o braku ograniczeń w dostępie do specjalistów itp. Multimedialne prezentacje rządzących przenoszą słuchaczy w wirtualny świat iluzji odległy od rzeczywistości. Miarą tej odległości są np. wydłużające się kolejki do specjalistów i diagnostyki, spóźnione terapie, rosnąca liczba zgonów i zbyt niska liczba zaszczepionych, mimo że program szczepień już wiele miesięcy temu okrzyknięto jako sukces.

Te dwa światy zaczynają się coraz bardziej od siebie oddalać, więc czasem warto zawołać: „Halo! Tu Ziemia!”.

**Lekarze nie dostali podwyżek,
bo kalkulacja skutków
finansowych pokazywała, że
państwa na to nie stać, ale przy
podwyżkach dla polityków nawet
nie zadano sobie trudu,
by policzyć koszt tej operacji.**

Takim przywołaniem do rzeczywistości ma być protest organizacji i środowisk medycznych zapowiedziany na 11 września br. Po raz pierwszy wystąpią one razem, również po to, by zwrócić uwagę opinii publicznej na rzeczywiste źródła problemów ochrony zdrowia i kto za to odpowiada, bo nie są to medycy. Ten realny świat to dzieło autorów regulacji.

A jak te regulacje są tworzone, przekonaliśmy się przy okazji podwyżek dla polityków. Zaintrygowany ich skalą, skierowałem pytanie do Prezydenta RP, Premiera i Ministra Finansów o budżetowe skutki tej operacji. Ledwie kilka tygodni wcześniej, w trosce o finanse państwa, Ministerstwo Zdrowia powoływało się na szczegółowe wyliczenia, które miały dowodzić, że budżet nie udźwignie wzrostu wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów większego niż 19 zł (brutto!). Jak się okazało, takiej dociekliwości zabrakło przy podwyżce dla polityków. Odpowiedzi, jakie otrzymałem, były zgodne i sprowadzały się do stwierdzenia: „nie dysponujemy takimi danymi”. Lekarze nie dostali podwyżek, bo kalkulacja skutków finansowych pokazywała, że państwa na to nie stać, ale przy podwyżkach dla polityków nawet nie zadano sobie trudu, by policzyć koszt tej operacji.

A skoro o podwyżkach dla lekarzy mowa, to trudno nie zauważyć wolty naszego kolegi Łukasza Szumowskiego, który jako minister zdrowia, chcąc zakończyć protest rezydentów, zdecydował o podwyżkach, a jako poseł w 2021 r. zagłosował przeciwko nim.

Do katalogu z napisem „wolty” w ostatnim czasie wpadł kolejny przykład, a zwie się on „asystent lekarza”. Oto jak słuszna idea może być wypaczona. Zamiast wprowadzenia zawodu odciążającego lekarzy od czasochłonnej biurokracji, proponuje się „asystenta chirurga”, który w rzeczywistości będzie dublował zadania rezydenta i uniemożliwiał mu zdobywanie umiejętności praktycznych. Tzw. poszerzanie czy restrukturyzacja kompetencji, której chyba wszyscy przyklasnęli, zaczyna przybierać karykaturalną postać i prowadzi nas do „felczeryzacji” zawodu lekarza.

Skoro nam chirurgom potrzebny jest asystent w miejsce rezydenta, to może orędownicy tego „genialnego pomysłu” podniosą swoje kwalifikacje i ukończą kurs asystenta medycznego Ministra Zdrowia, by z ich umiejętności mógł twórczo korzystać szef resortu nie-lekarz. ■



**Alicja
Szczepczyk**

Dział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Będzie protest

„Łączy nas zdrowie” – pod takim hasłem medycy z całej Polski przejdą 11 września ulicami Warszawy. Ten protest jest szczególnie, bo wyraża deklarację wspólnego zaangażowania wszystkich środowisk medycznych w działania mające na celu uświadomienie społeczeństwu złej sytuacji, w jakiej znajduje się polska ochrona zdrowia i kto za ten stan faktycznie odpowiada, a także poprawę warunków pracy i urealnienie wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia.

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy, w którego skład wchodzi przedstawiciele samorządów zawodów medycznych oraz związków zawodowych zrzeszonych w branży ochrony zdrowia, oprócz pilnego spotkania z Premierem RP postuluje m.in. znacznie szybszy niż planowany wzrost nakładów na system opieki zdrowotnej do wysokości nie 7 proc., ale 8 proc. PKB (jak w krajach sąsiednich, średnia OECD na 2018 rok wynosi 8.8 proc. PKB), zwiększenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia do poziomów średnich w OECD i UE względem średniej krajowej, zwiększenie liczby finansowanych świadczeń oraz poprawę dostępności pacjenta do świadczeń, podwyższenie ich jakości oraz zwiększenie liczby pracowników pracujących w systemie ochrony zdrowia do poziomów średnich w krajach OECD i UE. ■



Brak zaufania do MZ

Na początku lipca przedstawiciele związków zawodowych reprezentujących branżę ochrony zdrowia oraz samorządów zawodów medycznych zwrócili się do Prezydenta RP, Premiera RP i prezesa PiS z wnioskiem o odwołanie Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego, ponieważ całkowicie utracił on zaufanie środowiska i nie ma szans, by je zdołał odbudować.

Sygnatariusze pisma, w tym prezes NRL Andrzej Matyja, podkreślili m.in., że

współpraca z aktualnym szefem resortu od dawna jest nieudana, a jego działania pogarszają dostęp do opieki zdrowotnej, zwiększają migrację zewnętrzną i wewnętrzną pracowników systemu opieki zdrowotnej oraz zniechęcają absolwentów kierunków medycznych do podejmowania w Polsce pracy w zawodzie.

Do wniosku dołączono stanowiska ww. związków i samorządów zawodów medycznych, m.in. NRL, która wyraziła

wotum nieufności wobec ministra Niedzielskiego oraz wskazała jego liczne zaniedbania. W ocenie samorządu lekarskiego podejmowanie decyzji w tak newralgicznym dla obywateli obszarze, jakim jest ochrona zdrowia, nie może opierać się jedynie na podstawie selektywnie dobieganych wskaźników ekonomicznych, z pominięciem opinii środowiska lekarzy i lekarzy dentystów, a także innych zawodów medycznych. ■

Hejtu ciąg dalszy

Odkąd apel NRL dotyczący hejtu wobec medyków (więcej o tym w poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej”) został przekazany „według właściwości” do Prokuratury Krajowej, prezes NRL Andrzej Matyja jeszcze kilkakrotnie zwracał się z apelem do premiera RP o podjęcie pilnych działań w tej sprawie.

Prezes NRL za każdym razem podkreśla, że powtarzające się sytuacje okazywania agresji, wrogości czy pogardy wobec medyków, m.in. w związku z prowadzoną akcją szczepień przeciwko COVID-19, wymagają nie tylko werbalnego

potępienia, ale też zmiany postawy organów państwa, przede wszystkim organów ścigania.

Prezes NRL uważa, że każdy przejaw agresji i czyn zabroniony wymierzony w medyków powinien być ścigany z oskarżenia publicznego, a ataki godzą nie tylko w dobra osób bezpośrednio zaatakowanych, lecz są atakiem na bezpieczeństwo zdrowotne całego społeczeństwa. W opinii prezesa NRL bierność organów ścigania wobec ruchów antyszczepionkowych i antycovidowych zwiększa zagrożenie życia i zdrowia polskich obywateli.



Samorząd lekarski wielokrotnie apelował o przyznanie każdemu lekarzowi, niezależnie od miejsca zatrudnienia i formy wykonywania zawodu, ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym. Zdaniem prezesa NRL ten dotychczas niezrealizowany postulat wymaga ponownego, dogłębnego rozważenia. Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Michał Dworczyk poinformował o przekazaniu ostatniego z apelów prezesa NRL do wnikliwej analizy trzem resortom: Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwu Zdrowia oraz Ministerstwu Sprawiedliwości. ■

Ile kosztują podwyżki dla polityków?

Prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do Prezydenta RP, Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z wnioskiem o udostępnienie informacji publicznej o prognozowanych całkowitych kosztach podwyżek dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe przypadających na 2021 r. i 2022 r., wynikających z rozporządzenia Prezydenta RP z 30 lipca br. zmieniającego rozporządzenie ws. szczegółowych zasad

wynagradzania osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe.

W odpowiedzi na wniosek Kancelaria Prezesa Rady Ministrów i Ministerstwo Finansów wskazały, że nie dysponują żądanymi informacjami.

Natomiast Kancelaria Prezydenta wyjaśnia, że sformułowane we wniosku żądania nie mogą zostać rozpoznane w trybie i na zasadach ustawy o dostępie do informacji publicznej, m.in. dlatego, że zasadniczym celem tej ustawy

jest informowanie obywateli o stanie „spraw publicznych”, a nie zdobywanie przez organy administracji publicznej informacji od innych podmiotów. W piśmie wskazano także, że szczegółowe dane co do zmian wynagrodzeń (składające się na całkowity koszt) i ich skutków na określone we wniosku lata, pozostają w zasobach poszczególnych dysponentów środków budżetowych, finansujących wynagrodzenia osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe. ■

Dwunasty zawodnik



Konferencja prasowa 6.08.2021, Kraków.

Wojewoda małopolski Łukasz Kmita, wspólnie z prezesem NRL Andrzejem Matyją oraz przedstawicielami klubów piłkarskich Wisty Kraków, Cracovii i Bruk-Betu Termaliki Nieciecza, podpisali apel skierowany do kibiców zachęający do szczepień przeciwko COVID-19. Na konferencji prasowej w Krakowie prezes NRL podkreślił, że szczepienia to jedyna szansa na powrót do normalności i to dzięki nim stadiony będą mogły znowu bezpiecznie zapełnić się kibicami. W ramach akcji będą organizowane punkty szczepień przy okazji meczów Ekstraklasy. ■

NIL na Facebook'u!

Działania Naczelnej Izby Lekarskiej można już śledzić na portalu społecznościowym Facebook. Zakładając swój oficjalny profil, samorząd lekarski chce umocnić obecne relacje i więzi, nawiązać kolejne, oraz jeszcze bardziej ułatwić lekarzom i lekarzom dentystom, a także pacjentom i każdemu użytkownikowi FB dostęp do informacji, jakimi NIL dysponuje. Zachęcam do polubienia oraz obserwowania profilu NIL. ■



Polski Ład do zmiany

30 czerwca w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie odbyła się debata przedstawicieli samorządów zawodów zaufania publicznego poświęcona podatkowym i gospodarczym skutkom wprowadzenia tzw. Polskiego Ładu.

Głównym wnioskiem płynącym z dyskusji jest, że rządowy program może tylko pogłębić niesprawiedliwość systemu podatkowego, m.in. ze względu na 9 proc. nieograniczoną składkę zdrowotną oraz brak możliwości odliczenia kwoty wolnej przez podatników płacących podatek liniowy. Uczestnicy debaty zwrócili uwagę, że Polski Ład może mieć, wbrew jego zamierzeniom, negatywny wpływ na polską ochronę zdrowia – medycy nie chcąc narażać się na wyższe opodatkowanie, nie będą podejmować pracy w kilku miejscach lub będą jeszcze bardziej zmotywowani do wyjazdu za granicę w poszukiwaniu pracy. Tym samym pogłębi się kryzys kadrowy, na czym stracą przede wszystkim pacjenci.

Efekt debaty jest wspólny apel do Prezesa Rady Ministrów m.in. o znalezienie alternatywnych sposobów na dofinansowanie systemu ochrony zdrowia (nieobciążających podatników) oraz o przeprowadzenie szerokich konsultacji społecznych w zakresie propozycji Polskiego Ładu. ■



Felieton noworoczny (pesymistyczny)

Naszła mnie nieprzeparta ochota napisania felietonu noworocznego, ma się rozumieć, w odniesieniu do medycyny instytucjonalnej, czyli, inaczej mówiąc, systemu ochrony zdrowia.

Krzysztof Madej

Wynika to z pewnego przedziwnego założenia, że w gazecie przeznaczanej dla lekarzy powinny być treści poświęcone tylko medycynie w postaci czystej i w jej różnych społecznych zastosowaniach – tak jakby lekarzy interesowała tylko medycyna i jej praktykowanie. Trudno, niech i tak będzie.

Ależ oczywiście! – wiem i pamiętam, że Nowy Rok wypada 1 stycznia. Mnie nie chodzi jednak o umowną datę, która określa, kiedy kończy się jeden rok i zaczyna następny. Nie o tę umowną i niedoskonałą, bo z dużym wysiłkiem próbującą dopasować się do zjawisk astronomicznych, czego skutek jest taki, że każdy miesiąc i co czwarty rok mają inną długość – ale jakoś to działa. Przynajmniej każdy tydzień ma tę samą długość, co wypełnia starożytną zasadę, że pracujemy sześć dni, a siódmego odpoczywamy, jak, nie przymierzając, sam Pan Bóg uczynił i nakazał.

Moja noworoczna zaduma nie wynika z daty, lecz z pewnej mentalnej atmosfery towarzyszącej przełomowi lat. To natręctwo podsumowywania roku minionego, snucie prorocत्व co do roku rozpoczynającego się i podejmowanie tzw. postanowień noworocznych. Ów stan ducha ogarnia nas zazwyczaj w Sylwestra, ale bywa też tak, że dopada nas, gdy kończy się jakiś interwał w życiu indywidualnym lub zbiorowym, lub kończy się jakaś epoka. I rok ten może trwać rok, więcej niż rok lub choćby cztery lata. Ocena roku, który upłynął, i przewidywania co do roku, który nadchodzi, z natury rzeczy stoją w opozycji. I to zarówno kiedy prorokujemy, że nowy rok przyniesie pomyślność, jak i gdy lękamy się, że będzie gorzej – bo przecież musi być inaczej. Natomiast prognozy na przyszłość i postanowienia noworoczne pozostają w zgodności, bo przecież postanawiamy coś, co ma współgrać z tym, co ma lub musi się wydarzyć.

Kończą się wakacje, niebawem zacznie się nowy rok szkolny i akademicki. Kończy się lato, a zmiana pogody zapowiada nadchodzącą jesień i zimę. Kończy się VIII kadencja samorządu lekarskiego, i to wielkim protestem środowisk zawodów medycznych, będącym swoistą oceną lat przeżytych i przepracowanych w medycynie oraz nadzieją, że będzie ten protest pozytywną inwestycją na przyszłość. Kończy się kadencja parlamentu, o czym świadczy to, że choć do wyborów jeszcze dwa lata, to ewidentnie rozpoczęła się już kampania wyborcza. Przyjdą nowi ministrowie zdrowia, nowe rządy i parlamenty, nowi prorocy świetlanej przyszłości i korzystnych społecznie reform ochrony zdrowia w Polsce.

Każdy z nas takich Nowych Roków poza kalendarzem gregoriańskim zaliczył w swoim życiu bardzo wiele.

Wracając do wyśmianego przeze mnie na wstępie zażęzonego tematycznie obszaru refleksji, rok mijający był kolejnym rokiem pandemii – a może lepiej byłoby powiedzieć „walki z pandemią” (bo dla mnie to dwie różne kategorie: pierwsza jest medyczna, druga – administracyjno-polityczna). Panowały panika i chaos decyzyjny i trudno tu mieć do kogoś pretensje, bo każda pretensja i krytyka natiychmiast spotka się z od-

porem, że wszystkie te działania miały swoje uzasadnienie w obliczu nadciągającego kataklizmu. Może kiedyś będzie można na spokojnie ocenić racjonalność tych wszystkich sposobów wydzielania w systemie ochrony zdrowia sektora do walki z pandemią. Mam tu na myśli przede wszystkim to budowanie i likwidowanie tymczasowych szpitali covidowych oraz taką restrukturyzację pozostałych części systemu ochrony zdrowia, co w równym stopniu zwiększało możliwości walki z wirusem, jak i demolowało pozostałe funkcje systemu.

Miarą kryzysu jest to, że większość manifestów programowych rozmaitych partii politycznych, które tak ochoczo i z takim wyprzedzeniem przystąpiły do kampanii wyborczej, zaczyna się (dobre chociaż to) od sążnistych wywodów, co powinno się zmienić w polskiej medycynie.

Liczni mędrcy naszego życia zbiorowego często powtarzali, że świat i medycyna po pandemii będą zupełnie różne od tych sprzed, że pandemia była prawdziwym sprawdzianem dla systemu ochrony zdrowia i że system ten w diametralnym stopniu zmieni swoje oblicze na przyszłość – jak gdyby sam z siebie, no i oczywiście gdy wszyscy wyciągniemy z doświadczeń ubiegłego roku odpowiednie wnioski. Należy wierzyć, że jesteśmy w stanie wyciągnąć te wnioski i że będą one „odpowiednie”, choć ja tej wiary jakoś nie podzielam.

Wszędzie tam, gdzie pandemia zelżała, szybko odbudowują się stare, dysfunkcyjne struktury. Dla istotnej reformy systemu ochrony zdrowia ten „rok” był stracony. To, co się wydarzyło, oprócz wprowadzania tych wszystkich reżimów pandemicznych, to dalsza eskalacja biurokracji i formalizacji posługi medycznej. W systemie przybywa tylko instytucji regulacyjnych i kontrolnych. Najbardziej zawiodła komunikacja społeczna – tak, że rok kończymy jakąś niespotykaną falą obskurantyzmu: tych wszystkich ruchów antyszczepionkowych, uzdrawiających czarodziejów, magnetyzerów wody i innych niewydarzonych pomysłów reformatorskich typu: zatrudnianie lekarzy bez znajomości języka polskiego, zweryfikowanych kwalifikacji i pomocników chirurgów.

Przewidywania przyszłości i postanowienia noworoczne, jako się rzekło, można traktować wspólnie. Na chwilę obecną (ależ to brzydka i zapewne niepoprawna językowo fraza) nie widać żadnego planu reform dla ochrony zdrowia. Takich, które w strukturalny sposób prowadziłyby do rozwiązywania głównych zjawisk kryzysowych: niedoboru świadczeń, braku kadr, stałego zadłużania się ochrony zdrowia, nieadekwatnego społecznie systemu płacowego w medycynie itd., itd. Ktoś powie: można będzie pomyśleć o nowych rozwiązaniach, ale najpierw musi być w systemie więcej pieniędzy. I tak cały czas pozostajemy na poziomie, słusznego skądinąd, postulatu zwiększenia nakładów. Tyle tylko, że każdy kolejny minister zdrowia (za swojego zawodowego życia przeżyłem ich 29) zaczyna swoją posługę od stwierdzenia, że system jest jak dziurawe wiadro. Ile się w niego wleje pieniędzy, tyle przeleci. Najpierw trzeba zatkać dziury, tyle tylko, że nikt później nie pokazuje, gdzie i czym są te dziury.

Miarą kryzysu jest to, że większość manifestów programowych rozmaitych partii politycznych, które tak ochoczo i z takim wyprzedzeniem przystąpiły do kampanii wyborczej,

Obietnica w polityce ma dużo większą wartość niż plan działania. Jest czysta, powabna, niepodważalna i zrozumiała dla prostego wyborcy. Plan to pole ciężkiej walki dla technokratów.

zaczyna się (dobre chociaż to) od sążnistych wywodów, co powinno się zmienić w polskiej medycynie. Nie będę tutaj przytaczał tych materiałów programowych ani broń Boże ich oceniał, bo mógłbym niechętnie wkroczyć na śliski grunt toczącej się obecnie w Polsce walki politycznej na śmierć i życie. Śledzący życie polityczne wiedzą, o czym mówię: wszystkie partie polityczne, z wyjątkiem jednej, opublikowały już swoje materiały programowe. Wszystkie one mają jedną wspólną i historycznie ugruntowaną cechę. Mówią, co ma być, musi być, powinno być osiągnięte w ochronie zdrowia, gdy „my dojdziemy do władzy”, ale nie odpowiadają na pytanie, jak to zrobić. Obietnica w polityce ma dużo większą wartość niż plan działania. Jest czysta, powabna, niepodważalna i zrozumiała dla prostego wyborcy. Plan to pole ciężkiej walki dla technokratów.

Największą bolączką naszego obecnego systemu jest brak ciągłości w opiece nad chorym obywatelem. Wykonywane są często pojedyncze, izolowane procedury, po czym chory co chwila wypada z systemu i musi sam sobie radzić, błąkając się pomiędzy „ubezpieczalnią” a „komercją”. Pozwolę sobie przypomnieć, że pierwotne znaczenie akronimu ZOZ to „zespół opieki zintegrowanej”; dużo później skrót ten zaczął oznaczać „zakład opieki zdrowotnej”. To była jedna z zamierzanych idei reformatorskich z wczesnych lat 70., czyli za Gierka. Do tej pory tej idei opieki zintegrowanej nie udało się zrealizować, teraz nazywa się ona opieką koordynowaną.

Nie ukształtowało się w państwie wiarygodne centrum myśli systemowej dla ochrony zdrowia. Skoro jednak państwo chwilowo, zdaje się, nie radzi sobie z myślą ustrojową, to cóż dopiero oczekiwać propozycji dla systemu ochrony zdrowia. Wnioski z tego, jak w tytule, wyciągam pesymistyczne – QED*. ■

**quod erat demonstrandum*

WYBORY – IX KADENCJA

Ważne jest, jakich ludzi wybieramy

Trwają wybory do organów samorządu lekarskiego IX kadencji, czyli na lata 2022-2026. Z dr. Pawłem Susłowskim, przewodniczącym Krajowej Komisji Wyborczej, rozmawia Marta Jakubiak.



Dr Paweł Susłowski: – Brak udziału w wyborach to rezygnacja z podejmowania decyzji, kto nas będzie reprezentował. Zdecydują inni – być może osoby, które mają inne zdanie niż my, inne oczekiwania, poglądy i potrzeby.

Po co lekarzom wybory?

Dają możliwość wyłonienia nowej reprezentacji środowiska. Dzięki temu, że są przeprowadzane co cztery lata, samorząd się odnawia. To od decyzji nas wszystkich zależy, w jaki sposób jest kontynuowana ciągłość samorządu lekarskiego.

Załóżmy, że nie ma chętnych, by kandydować lub są kandydaci, ale nie ma głosów wyborców lub jest ich bardzo mało. Co oznaczałoby to dla przyszłości samorządu?

Nigdy nie znaleźliśmy się w takiej sytuacji i wierzę, że nie znajdziemy. Gdyby jednak tak się stało, to – zgodnie z prawem – dotychczasowe władze będą funkcjonować dopóty, dopóki nie zostaną wybrani następcy. Nie można jednak w takiej sytuacji wykluczyć interwencji ustawodawcy albo ministra zdrowia.

Faktem jest, że już od pewnego czasu da się zauważyć brak zainteresowania lekarzy i lekarzy dentyistów nie tylko wyborami, ale także działalnością samorządową. Nie wiem, dlaczego zainteresowanie samorządem jest coraz mniejsze. Być może to znak czasów i efekt zmiany trybu życia. Obecnie w kręgu zainteresowań i priorytetów jest praca, praca i raz jeszcze praca. Lekarze mierzą się

z bieżącymi wyzwaniami zawodowymi i na inną aktywność czasu już brakuje.

Są lekarze angażujący się w działalność samorządową od wielu kadencji, ale brakuje stałego dopływu osób nowych. Pozytywne jest to, że przez ostatnie dwie kadencje większe zainteresowanie samorządem przejawiali młodzi lekarze.

Kto ma największy wpływ na aktywność wyborczą członków samorządu?

Władze samorządowe, a dokładnie rady lekarskie na szczeblu okręgowym oraz naczelnym. To w ich kompetencjach jest podejmowanie działań, które mogą wpływać na zwiększenie zainteresowania wyborami, pobudzać innych do działalności samorządowej. To one podejmują inicjatywy propagujące wybory, organizują spotkania, prowadzą rozmowy, aby przybliżyć tym, którzy nigdy tak do końca nie byli świadomi, na czym polega idea samorządności lekarskiej i dlaczego należy ją wspierać, a także przypominać o niej tym, którzy zapomnieli. Z kolei komisja wyborcza jest od tego, żeby czuwać nad prawidłowym przebiegiem wyborów, żeby nie zostały naruszone obowiązujące zasady.

Jakie znaczenie dla wykonywania zawodu lekarza może mieć aktywny udział w wyborach?

Fundamentalne, bo przecież wyłonieni w wyborach kandydaci będą reprezentować interesy lekarskie. Brak udziału w wyborach to rezygnacja z podejmowania decyzji, kto nas będzie reprezentował. Zdecydują inni – być może osoby, które mają inne zdanie niż my, inne oczekiwania, poglądy i potrzeby. Głosując, możemy wybrać tych, którzy myślą podobnie, są twórczy, mają dobre pomysły.

Dla naszego środowiska niezwykle cenna jest aktywność wyborcza, a potem praca na jego rzecz. Pamiętajmy też, że można działać w ramach samorządu, nie będąc delegatem wybranym do żadnych władz, np. aktywnie uczestniczyć w pracach komisji izbowych. Tylko trzeba tego chcieć i znaleźć na to czas. Niestety, jest deficyt chętnych, by działać na rzecz innych. Albo inaczej – nie ma chętnych na taką skalę, na jaką byśmy chcieli.

Czy wybory to obowiązek, czy raczej przywilej?

Po trosze jedno i drugie. Skoro mamy obowiązek przynależności do samorządu lekarskiego, to również uczestniczenie w wyborach do niego należy. Nie jest to wymóg tak rygorystyczny jak w innych samorządach zawodowych, gdzie uczestnictwo w wyborach jest

obowiązkowe, jak np. w przypadku prawników, ale powinien istnieć taki niepisany nakaz.

Bez wątplenia jest to także przywilej. Jesteśmy lekarzami i, wybierając swoje władze, podejmujemy decyzje ważne nie tylko dla nas, ale też dla społeczeństwa. Przecież samorząd lekarski wyowiada się zarówno w kwestiach dotyczących wykonywania zawodu lekarza, jak również tych, które przekładają się na funkcjonowanie całej ochrony zdrowia.

Gdyby lekarze i lekarze dentyści nie mieli przywileju decydowania o tym, kto będzie reprezentował ich środowisko, zapewne zdecydowałby o tym ktoś inny, np. władze resortu zdrowia. To bardzo czarny scenariusz, ale niewątpliwie możliwy. Trzeba o tym pamiętać. Czasy, kiedy lekarze swojego samorządu nie mieli, są już na szczęście za nami, ale niektórzy z pewnością jeszcze je pamiętają. Zapewne fakt, że możemy we własnej sprawie decydować własnym głosem, doceniają oni jako niewątpliwy przywilej. Nie wszystkie grupy zawodowe go mają.

Kiedy wybory zakończą się w okręgach?

Każda z izb w oparciu o regulamin wyborczy ustala swój własny kalendarz działań, które trzeba podjąć, aby wyłonić delegatów. Są takie izby, które są już po wyborach, inne w trakcie, kolejne dopiero będą je przeprowadzać. Zgodnie z kalendarzem wyborczym do 15 grudnia powinno nastąpić ogłoszenie wyników wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy i obwieszczenie wyników wyborów. Pamiętajmy jednak, że kiedy w pierwszej turze nie udaje się wybrać odpowiedniej liczby delegatów, jest jeszcze drugie rozdanie. Od 15 sierpnia do 15 stycznia może więc trwać ewentualna druga tura wyborów w rejonach, ogłoszenie wyników wyborów na delegatów na OZL i obwieszczenie wyników wyborów II tury. Potem musi być odpowiednia ilość czasu, żeby zorganizować zjazdy okręgowe i wybrać nowe władze OIL, a także delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy zaplanowany na maj 2022 r.

A co, jeżeli nie uda się wybrać odpowiedniej liczby osób?

Jeśli nie spełni się minimum wyboru delegatów, to nie będzie możliwości przeprowadzenia zjazdu, a co za tym idzie – wyboru władz OIL następnej kadencji.

Mam jednak nadzieję, że tak się nie stanie. Co prawda przez pandemię relacje międzyludzkie zostały znacznie ograniczone, a to nie pozostaje bez wpływu także na aktywność wyborczą, trzymam jednak kciuki, żeby mimo czasów, w których przyszło nam działać, udało się przeprowadzić procedurę wyborczą skutecznie we wszystkich izbach.

Czy wobec pojawiających się trudności są jakieś alternatywne pomysły na wyłanianie w przyszłości reprezentacji środowiska lekarskiego?

Jeśli chodzi o wybory, nie ma czegoś takiego jak alternatywne pomysły. Wszystko opiera się przecież na zapisach ustawy o izbach lekarskich i regulaminie wyborczym. Nie możemy sobie powiedzieć, że od tej pory wybieramy inaczej i już. Zmiany są możliwe dopiero wówczas, kiedy Krajowy Zjazd Lekarzy zdecyduje czy i co zmienić w regulaminie wyborczym. Ewentualna nowelizacja będzie mogła jednak funkcjonować dopiero w wyborach kolejnej kadencji.

Jest potrzeba, żeby coś zmieniać?

Myślę, że zmiany w regulaminie wyborczym potrzebne byłyby w kwestii dotyczącej sposobu głosowania. Na pewno na szerszą skalę muszą wejść e-rozwiązania. Trzeba wprowadzać ułatwienia, ale mądrze – tak aby nie można było przez nie nikogo wykluczać.

Nie wyobrażam sobie jednak trybu powoływania nowej reprezentacji środowiska lekarskiego w sposób inny niż procedura wyborcza. Obecnie jest ona podobna do tej obowiązującej w wyborach powszechnych w kraju, a także tych praktykowanych przez inne duże samorządy zawodowe.

Ja ocenia pan przebieg obecnych wyborów?

Według informacji, które do mnie dotarły od przewodniczących okręgowych komisji wyborczych, wybory idą zgodnie z zakładanym planem. Namawiam wszystkich do aktywnego udziału w wyborach, kandydowania i głosowania na tych, którzy zdecydowali się działać na rzecz samorządu i chcą reprezentować nasze środowisko. Mówię to z perspektywy osoby, która uczestniczy w życiu samorządu od sześciu kadencji. To daje wiele satysfakcji. Poza tym mamy szansę wybrać swoją reprezentację i pozostać liczącą się grupą zawodową. To wielki przywilej. Docermy to. ■

Pomagają w dotarciu na protest

Izby lekarskie podjęły się organizacji transportu dla chętnych, którzy chcą wziąć udział w proteście pracowników ochrony zdrowia zaplanowanym na 11 września w Warszawie.

Decyzja o proteście została podjęta przez przedstawicieli samorządów zawodów medycznych oraz przedstawicieli związków zawodowych zrzeszających pracowników ochrony zdrowia.

Organizatorzy protestu postulują m.in. znacznie szybszy niż planowany wzrost nakładów na system opieki zdrowotnej, i nie do wysokości 7 proc., ale 8 proc. PKB, zwiększenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia do poziomów średnich w OECD i UE względem średniej krajowej, a także poprawę dostępności pacjenta do świadczeń i podwyższenie jakości w ochronie zdrowia. ■

O co chcą walczyć lekarze?

Kiedy zawiązał się Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy i zapadła decyzja o organizacji 11 września protestu pracowników ochrony zdrowia, Wielkopolska Izba Lekarska przeprowadziła ankietę, za pomocą której zbadano, jakie zmiany w systemie opieki zdrowotnej są najbardziej oczekiwane. W inicjatywie udział wzięło 360 lekarzy oraz 170 studentów medycyny z regionu.

Uczestnicy określili swoje poparcie zarówno dla postulatów sformułowanych przez komitet, jak i dla tych, które potencjalnie mogłyby zostać włączone do rozmów z rządem. Największym poparciem spośród tych proponowanych

przez komitet cieszył się postulat podwyższenia jakości świadczeń dla pacjentów. Z kolei wśród potencjalnych postulatów najczęściej wskazywano wprowadzenie faktycznego systemu no-fault oraz realne wprowadzenie instytucji koronera. Najmniejszą popularnością cieszyło się zwolnienie medyków ze składki zdrowotnej oraz dodatki za wystawianie zaświadczeń ZLA.

Natomiast postulaty najczęściej proponowane przez lekarzy, którzy wzięli udział w badaniu, to: walka z narastającą biurokracją, a także walka z oczernianiem medyków oraz mobbingiem w miejscu pracy. ■

Apel w sprawie szczepień



W obliczu nadchodzącej czwartej fali pandemii Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Beskidzkiej Izby Lekarskiej zaapelowało do wszystkich Polaków o niezwłoczne zaszczepienie się przeciwko COVID-19. W dokumencie podjętym 17 sierpnia czytamy

m.in., że szczepienie jest jedyną drogą powrotu do normalności. Podkreślono także, że korzyści wynikające z zaszczepienia się są medycznie niepodważalne i pewne, a wszystkie głosy przeciwne szczepieniom nie są oparte na wiedzy medycznej. ■



**„Polski Ład”
zniechęci
do pracy?**

Bydgoska Izba Lekarska zbiera informacje na temat ewentualnych zamierzeń redukcji czasu pracy przez lekarzy w związku z wprowadzeniem programu „Polski Ład”.

Ankieta, przeprowadzana online i dostępna na stronie internetowej izby, ma dać odpowiedź, czy zapowiadany od kilku miesięcy nowy system podatkowy może pogłębić zapaść w ochronie zdrowia. Badanie zawiera jedno pytanie skierowane do lekarzy – czy rozważają redukcję swojego czasu pracy od 1 stycznia 2022 r. w związku z wprowadzeniem rządowego programu „Polski Ład”. Swój głos można oddać do końca września. ■

Lista koronerów

Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku – w związku z trwającymi pracami legislacyjnymi nad kompleksowym uregulowaniem kwestii stwierdzenia zgonu – poszukuje lekarzy chętnych do pełnienia funkcji koronera.

Osoby zainteresowane proszone są o wypełnienie oświadczenia dostępnego na stronie internetowej izby (tam też można zapoznać się ze szczegółowymi informacjami na temat wymogów, jakie trzeba spełnić, by móc zostać koronerem, a także zasady dotyczące wynagrodzenia) i przesłanie go e-mailem (sekretariat@oilgdansk.pl) lub pocztą tradycyjną. Na podstawie zebranych oświadczeń OIL w Gdańsku utworzy listę lekarzy mogących pełnić funkcję koronerów, która zostanie przekazana wojewodzie po wejściu w życie projektowanej ustawy o stwierdzaniu, dokumentowaniu i rejestracji zgonów. Jak informuje izba, na podstawie tej listy wojewoda będzie zawierał z wybranymi lekarzami umowy o pełnienie czynności koronera. ■

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE



Lucyna Krysiak
dziennikarz

W niebycie

Stało się. W 1950 r. władza pod rządami Bolesława Bieruta zlikwidowała samorząd lekarski, z wielkim trudem tworzony po odzyskaniu przez Polskę niepodległości, a także samorząd lekarsko-dentystyczny (powołany w 1938 r.).



Prof. Tadeusz Koszarowski, dyrektor Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 1972-85, z zespołem najbliższych współpracowników (1976 r.)

Musiło minąć kolejnych 39 lat, zanim doszło do odrodzenia izb lekarskich. Reaktywacja nastąpiła w 1989 r. na fali solidarnościowej odnowy – protestów i strajków, które uwolniły Polskę od komunizmu i dokonały przemian społeczno-politycznych.

Tych blisko 40 lat niebytu samorządu lekarskiego było niezwykle trudnym czasem dla lekarzy i lekarzy dentystów – zdegradowanych do roli etatowych pracowników służby zdrowia

podporządkowanej ideologii socjalistycznej, w której nie mieli za wiele do powiedzenia. Nie było przestrzeni dla wykonywania wolnego zawodu lekarza w pojęciu rozumianym przez samorząd lekarski.

ETYCZNA PUSTKA

Lekarz tamtego okresu zderzył się przede wszystkim z etyczną pustką. Wraz z likwidacją izb lekarskich (poprzez zniesienie ich 18 lipca 1950 r.) sejm uchwalił ustawę o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, której nadano

moc kodeksu socjalistycznej moralności, obejmującego lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, felczerów, pielęgniarki, położne oraz techników medycznych i techników dentystycznych.

Warto przypomnieć, że do czasu rozwiązania izb lekarskich, lekarzy obowiązywał Kodeks Deontologii Lekarskiej, uchwalony przez zgromadzenie NIL 16 czerwca 1935 r. Natomiast Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna uchwaliła swój kodeks już po II wojnie światowej (9 maja 1948 r.) i był on w podstawowych założeniach zbliżony do kodeksu lekarskiego. Oba kodeksy odnosiły się do

zasad etyki Hipokratesa, które są ponadczasowe. Zastąpienie ich ustawą o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, poprzedzone likwidacją samorządu lekarskiego, unicestwiły jednocześnie działalność sądów lekarskich. Na polu etyki powstała więc pustka, która stwarzała warunki dla nieetycznych poczynań władz wobec lekarzy i lekarzy dentystów, ale też dla obniżenia standardów etycznych osób wykonujących te zawody.

Wspomniana ustawa zalecała medykom przestrzeganie etyki socjalistycznej. Nawiązywała do etyki marksistowskiej, zawartej w „Krótkim słowniku filozoficznym” wydanym pod auspicjami Radzieckiej Akademii Nauk, gdzie napisano wprost, że założeniem tejże etyki jest „bezwzględna walka z reakcyjną moralnością burżuazyjną i jej nosicielami”, a do tych właśnie zaliczano wówczas lekarzy i lekarzy dentystów. W słowniku czytamy dalej, że tylko taka etyka jest prawdziwą nauką o moralności, potwierdzoną praktyką dziejową. Słownik był przewodnikiem dla polskich teoretyków etyki, a także fachowych pracowników służby zdrowia, a wykonawcą tych założeń była powołana przez władzę Komisja Kontroli Zawodowej, działająca przy Ministerstwie Zdrowia.

Zachował się z tego okresu materiał, któremu nadano kształt wywiadu z Kazimierzem Czajkowskim, wiceprezesem Odwoławczej Komisji Kontroli Zawodowej MZ. Padały w nim sformułowania niepozostawiające złudzeń, jak po likwidacji izb lekarskich postrzegana jest przez władze etyka zawodowa lekarzy i lekarzy dentystów. „Zasady moralności burżuazyjnej w służbie zdrowia, jeśli chodzi o lekarzy, zostały ujęte w formę prawną zasad deontologii lekarskiej, a przedwojenni profesorowie, którzy się za nimi opowiedzieli, np. prof. Mazurkiewicz, prof. Mieczysław Michałowicz, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej czy kierujący stołeczną izbą prof. Władysław Szejnach, reprezentowali reakcyjny charakter zasad deontologii wynikający z ich kapitalistycznych założeń” – grzmiał w wywiadzie Czajkowski.

PRÓBY REAKTYWACJI

Pierwszą próbę reaktywacji samorządu lekarskiego podjęto w 1956 r. Kiedy skończył się okres rządów stalinowskich, nastąpił przełom w kierownictwie PZPR i do władzy doszedł Władysław Gomułka,



Prof. Tadeusz Koszarowski, zdjęcie portretowe

Lekarz tamtego okresu zderzył się przede wszystkim z etyczną pustką. Wraz z likwidacją izb lekarskich sejm uchwalił ustawę o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia, której nadano moc kodeksu socjalistycznej moralności.

w lekarzy wstąpiła nowa nadzieja – tym większa, że za pośrednictwem „Służby zdrowia”, pisma wydawanego przez Ministerstwo Zdrowia, otwierano się możliwość przeprowadzenia dyskusji na temat reaktywacji izb lekarskich. Środowisko wierzyło w powrót do uniwersalnych zasad etyki i deontologii lekarskiej. Jednak oczekiwania były na wyrost.

Nowa władza nie zamierzała reaktywować izb, pochylać się nad poprawą warunków pracy lekarzy czy nad ich sytuacją bytową, a dyskusję na temat samorządu lekarskiego wyciszono. Nadal obowiązywała wszechwładza administracji Ministerstwa Zdrowia, wydziałów zdrowia i wojewódzkich rad narodowych, a Komisja Kontroli Zawodowej, z jej nadgorliwym wiceprezesem Kazimierzem Czajkowskim, wdrażała w życie zasady marksistowskiej etyki

i moralności rozszerzone o przepisy dotyczące dyscypliny pracy. Tak więc rozrastał się zakres czynów podпадаjących pod pojęcie wykroczenia zawodowego, a ustawa z 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia stała się narzędziem do represjonowania lekarzy, np. wykroczenia zawodowe pracowników służby zdrowia traktowano jak naruszenie zasad etyki, godności i sumienności zawodowej, nagłaśniając je i piętnując.

Równie represyjny charakter miały kolegia orzekające, powołane w tym samym czasie przy prezydium rad narodowych, które, nie będąc sądami, miały uprawnienia do oceniania postawy moralnej lekarzy i nakładania na nich kar pieniężnych. Ich pierwowzorem były tzw. sowieckie trójki, które miały w ten sposób „leczyć” lekarzy z burżuazyjnych nawyków. Organy te decydowały o tym, kto wśród lekarzy jest wrogiem klasowym. W ich skład wchodził partyjni aparatczyk. Wystosowany przez nich wilczy bilet oznaczał dla lekarza ostracyzm, zastraszanie, brak możliwości podnoszenia kwalifikacji i starania się o lepszą pracę.

W szpitalach i przychodniach wisiły gazetki ściennie, gdzie publikowano artykuły i zdjęcia gorliwie wykonujących swoje zadania i oportunistów, których nazywano bumelantami i wrogami klasowymi. Kazimierz Czajkowski w swoich wypowiedziach nie ukrywał, że komisja – oprócz wymierzania lekarzowi „koleżeńskie kary” – jest instytucją na wskroś polityczną i ma za zadanie wychowywać w duchu socjalistycznym.

Jednak lekarzom źle wiodło się nie tylko na polu zawodowym, również w placówkach służby zdrowia polityka zdominowała sprawy merytoryczne. Były one źle zarządzane, na kierowniczych stanowiskach zatrudniano ludzi partii, nie zważając na ich kwalifikacje, panował więc w nich chaos i niedostatek. Likwidacja izb lekarskich, które wprawdzie po wojnie nie miały realnej władzy, ale były moralną i materialną podporą lekarzy, sprawiła, że środowisko lekarskie nie miało żadnej ogólnopolskiej reprezentacji, lekarz nie miał się do kogo zwrócić w swoich sprawach, a Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia zajmował się w tym czasie organizowaniem masówek i szkoleń ideologicznych.

JEŚLI NIE IZBY, TO CO?

Lekarzom potrzebna była organizacja, która reprezentowałaby nie tylko ich sprawy bytowe, ale też umożliwiała wymianę poglądów na temat wdrażania najnowszych osiągnięć medycyny, kształcenia podyplomowego, podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Kiedy więc w 1951 r. Ministerstwo Zdrowia powołało Polskie Towarzystwo Lekarskie, liczone, że przynajmniej w tej części spełni ono swoje zadanie. Kulisy powstania PTL były niejasne, nie zachowały się relacje z rozmów przedstawicieli środowiska lekarskiego z władzami na ten temat. Jak pisze prof. Tadeusz Brzeziński, wybitny historyk polskiej medycyny i autor historii PTL, były to rozmowy „gabinetowe”, nieprotokołowane i niearchiwizowane. Trudno więc dociec, czy inicjatywa utworzenia towarzystwa wyszła ze strony środowiska lekarskiego, czy ze strony władz, i czy była z tym środowiskiem konsultowana.

W relacji pochodzącej od lekarki Ireny Pronaszkó-Rzepeckiej, sekretarza ZG PTL w latach 1970-1975, wynika, że inicjatywę spontanicznie podjęła grupa lekarzy i to od nich wyszła propozycja połączenia towarzystw lekarskich regionalnych i rozszerzenia ich działalności na cały kraj. Dokonanie tego wymagało od pomysłodawców wielkiego zaangażowania, determinacji i uzyskania zgody władz. Pronaszkó-Rzepecka podkreślała, że pierwszoplanowym zadaniem PTL była praca nad podniesieniem poziomu zawodowego lekarzy i rzeczywiście towarzystwo na początku swojej działalności, oprócz posiedzeń naukowych i dyskusji, na tym skupiało swoją aktywność – organizując tzw. akcję referatową polegającą na wysyłaniu w teren wybitnych w swoich specjalnościach prelegentów i dostarczaniu lekarzom czasopism naukowych i podręczników.

PTL działało w tym czasie głównie na rzecz kształcenia lekarzy, nie wdawało się w politykę, ponieważ – jak zaznaczył w swoich wspomnieniach o początkach PTL prof. Edward Rużyło, współtwórca systemu kształcenia podyplomowego w Polsce – towarzystwo znajdowało się w trudnej sytuacji, gdyż nie akceptowało nakazywanych celów politycznych, ale też nie mogło im się przeciwstawić. Działo więc w formule oficjalnej i nieoficjalnej. Ta pierwsza dotyczyła szerszego forum, druga – koleżeńskich

spotkań w szpitalach, przychodniach czy prywatnych domach. – Wszyscy byliśmy świadomi tego, że jednostkowy opór czy dezaprobata niczego nie zmienia. Kompromis był więc podstawą działania PTL – wspominał prof. Rużyło. Tym bardziej, że działalność towarzystwa była kontrolowana przez partyjnych inspektorów z Wydziału Administracyjnego PZPR.

Prezesem PTL przez dwie kadencje (1962-1970) był prof. Tadeusz Koszarowski, twórca polskiej onkologii, który po latach tak wspominał ten czas: „Po likwidacji izb lekarskich na to puste miejsce miała powstać jakaś zbiorowość pracowników służby zdrowia (medycznych robotników), zupełnie sztuczna, różnorodna, beztwarzowa masa doraźnie powiązanych grup zawodowych. Nie było miejsca na tradycyjny etos stanu lekarskiego, oskarżonego o idealizm w stosunku do obowiązującego materializmu”. Prof. Koszarowski zauważał też, że organizatorzy PTL mieli świadomość ograniczeń narzuconych im przez partyjne kierownictwo, podjęli się jednak tej pracy, by wypełnić pustkę po likwidacji izb lekarskich. W kolejnych latach towarzystwo wielokrotnie podejmowało próby przeobrażenia się z organizacji kształceniowej w organizację odrodzenia stanu lekarskiego.

NA FALI „SOLIDARNOŚCI”

Doktor Ryszard Niewiadomski, działacz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, przewodniczący wielu komisji problemowych, w swojej publikacji „Z perspektywy lat” podkreśla, że idea reaktywowania izb lekarskich tliła się od momentu ich likwidacji w 1950 r., a pierwsze realne projekty zrodziły się po odwilży w 1956 r., a później w 1965 r., 1968 r., 1978 r., wreszcie w 1980 r. wraz z powstaniem NSZZ „Solidarność”. – Jako działaczowi tej organizacji (był m.in. rzecznikiem lekarzy w regionalnej Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” Ziemi Łódzkiej – przyp. red.), idea samorządności lekarzy była mi bardzo bliska i wraz z innymi lekarzami, m.in. Ewą Świtalską-Kowalewską, Józefem Bronisławem Szymczykiem oraz prof. Janem Goldsteinem traktowaliśmy ją priorytetowo i propagowaliśmy w środowisku – wspomina Ryszard Niewiadomski. Zastrzega jednak, że nie było to łatwe, ponieważ po latach niebytu samorząd lekarski jawił się młodemu

pokoleniu lekarzy jako coś archaiczne, a dla gremiów solidarnościowych niezwiązanych ze środowiskiem lekarskim tworzenie samorządu dla tak elitarnego zawodu, jakim był zawód lekarza, było dysonansem.

Mimo braku entuzjazmu ze strony działaczy „Solidarności”, temat był gorący, a „Służba Zdrowia” opublikowała 2 lipca 1981 r. projekt określający zasady, zgodnie z którymi miałyby funkcjonować odrodzone izby lekarskie. – W ogniu dyskusji i sporów nasza łódzka grupa opracowała i przedstawiła zastrzeżenia do tego projektu i stały się one podstawą merytoryczną do opracowania, wspólnie z Polskim Towarzystwem Lekarskim nowego, autorskiego projektu statutu izb lekarskich. Całkowicie zmieniono jego IV rozdział traktujący o naczelnych władzach izb lekarskich – tłumaczy Ryszard Niewiadomski i zaznacza, że po akceptacji środowisk lekarskich i PTL projekt został przedstawiony 12 grudnia 1981 r. na II Ogólnopolskiej Konferencji Lekarzy w Poznaniu.

Dokument przygotowany przez łódzką grupę został przyjęty przez uczestników konferencji bez zastrzeżeń i miał stać się podstawą do rozmów z członkami Komisji Zdrowia ówczesnego sejmu PRL. Było więc bardzo blisko powołania na nowo izb lekarskich, ale następnego dnia wprowadzono w Polsce stan wojenny i z tymi planami trzeba było czekać do 1989 r. Nie znaczy to, że w stanie wojennym temat reaktywacji izb został zarzucony. Już w połowie 1982 r. utworzono w Łodzi trzy tandemy lekarzy (E. Świtalska-Kowalewska i R. Niewiadomski, B. J. Wygodzka i M. Dmochowska oraz J. Szymczyk i M. Jurewicz-Jędraszko), którzy mieli lobbować w liczących się zawodowo kręgach medyków na rzecz reaktywacji izb lekarskich.

Kiedy 17 maja 1989 r. uchwalono ustawę o izbach lekarskich, mało kto pamiętał o tamtych próbach, podejmowanych mimo niesprzyjających warunków i okoliczności. Dziś próby te są znakiem, że lekarzom zawsze zależało na własnym samorządzie lekarskim i dążyli do jego reaktywacji na przekór wszelkim przeciwnościom. ■

Źródła:

Ryszard Niewiadomski, „Z perspektywy lat”

Zygmunt Wiśniewski, „Lekarskie drogi (1944-1956)”

Zygmunt Wiśniewski, „Kronika Izb Lekarskich w Polsce w latach 1945-2005”

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Przeprowadzka

Wraz z końcem sierpnia Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaczęła działać w nowej siedzibie – przy ul. Wieniawskiego 23. Numery telefonów centrali oraz adresy mailowe pozostały bez zmian.

Izba dotychczas miała swoje biuro przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11 w Szczecinie, ale od lat myślano o zmianie lokalizacji, bo budynek przestał wystarczać na działalność

izby (głównie w zakresie organizacji spotkań i szkoleń).

Konkretna decyzja w tej sprawie zapadła w czerwcu 2018 r. podczas odbywającego się okręgowego zjazdu lekarzy. Wówczas podjęto uchwałę w sprawie zakupu nieruchomości na nową siedzibę. Przeprowadzka nastąpiła po wyremontowaniu budynku i zaadaptowaniu go na potrzeby izby. ■

Lekarz na własny rachunek

Uruchomienie własnego gabinetu lekarskiego jest nie lada wyzwaniem. Rejestracja praktyki, rozliczne aspekty prawne związane z jej funkcjonowaniem, rozliczenia księgowe, prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej czy choćby funkcjonalne zaprojektowanie gabinetu – to wszystko czeka lekarza, którzy zamierza prowadzić własną praktykę lekarską. Okręgowa Izba Lekarska

w Warszawie postanowiła zorganizować cykl kursów poświęconych tym zagadnieniom. Spotkania online zaplanowano między 13 a 18 września (ostatni z wykładów będzie dodatkowo prowadzony w formie stacjonarnej). Zapisy na każdy z nich odbywają się oddzielnie (szczegóły na stronie internetowej izby). O udziale decyduje kolejność zgłoszeń, liczba miejsc jest ograniczona. ■

Skomponuj dietę na dyżur

Wystartował cykl warsztatów pt. „Cztery pory smaku”, organizowany przez OIL w Warszawie. Inicjatywa ma zwiększać świadomość lekarzy na temat zdrowego odżywiania się. Pierwsze ze spotkań odbyło się w sierpniu, kolejne zaplanowano na 21 października. Podczas warsztatów uczestnicy dowiadują się, jak z sezonowych produktów przygotować proste, zdrowe i smaczne posiłki, które można zabrać ze sobą np. na lekarski dyżur. ■

Pomoc dla afgańskich uchodźców

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi zorganizowała zbiórkę najpotrzebniejszych rzeczy dla grupy uchodźców z Kabulu (Afganistan), w tym dla dzieci, przebywających w ośrodku na terenie działania izby. Potrzebne były m.in. ubrania, środki higieniczne, zabawki.

ŚILni mężczyźni nie boją się badań



Sesja zdjęciowa do kalendarza „ŚILni Mężczyźni” (23 lipca, Bytom)

12 lekarzy, 12 unikalnych portretów i jeden ważny cel – profilaktyka męskich chorób onkologicznych. Śląska Izba Lekarska po raz kolejny zaangażowała się w akcję charytatywną polegającą na wydaniu kalendarza, dzięki któremu ma wzrosnąć świadomość dotycząca wczesnego wykrywania nowotworów.

Pierwsza edycja kalendarza pt.: „ŚILne Kobiety”, która odbyła się w ubiegłym roku, dotyczyła chorób kobiecych. Tym razem bohaterami kalendarza są lekarze, którzy chcą zwrócić uwagę, jak ważne jest wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku wykrywania męskich chorób onkologicznych.

Za dystrybucję kalendarza „ŚILni Mężczyźni” odpowiedzialna jest Fundacja NU-MED – można je nabyć pod adresem: fundacjanumed.pl/sklep. Pieniądze ze sprzedaży zostaną przeznaczone na zorganizowanie badań profilaktycznych. ■

Pandemia w liczbach

Minister zdrowia: – 99 proc. zgonów z powodu COVID-19 w Polsce dotyczy osób niezaszczepionych. Premier: – Czy trzeba lepszego dowodu na to, że szczepienia działają naprawdę skutecznie?

1

rok jest ważny Unijny Certyfikat COVID wydany w Polsce dla osób zaszczepionych. Dla ozdrowieńców jest ważny 180 dni od daty uzyskania pozytywnego wyniku testu, a dla osób, które miały wykonany test PCR lub test antygenowy – 48 godz.

16

osób (główny doradca premiera ds. COVID-19 prof. Andrzej Horban i 15 ekspertów medycznych) wchodzi w skład Rady Medycznej. To organ pomocniczy szefa rządu. Do zadań rady należy m.in. ocena sytuacji, opracowywanie propozycji działań i opiniowanie aktów prawnych.

17

krajów członkowskich UE stosowało ograniczenia w zakresie noszenia maseczek w połowie wakacji. Restrykcje związane ze zgromadzeniami społecznymi są obecne w większości państw należących do wspólnoty, a w niektórych też obostrzenia w prowadzeniu działalności gospodarczej.

29.

przyczyną zgonów w Polsce i 15. w UE był COVID-19 na przełomie lipca i sierpnia. Odsetek osób w krajach wspólnoty, które posiadały w tym okresie odporność na wariant Delta, szacowano na 46 proc., a do 1 grudnia ma on wzrosnąć do 61 proc. (źródło: raport „Prognozy COVID – IHME”, AOTMiT).

67%

mieszkańców Podkory Leśnej (woj. mazowieckie) zostało w pełni zaszczepionych do końca sierpnia – to najlepszy wynik spośród wszystkich gmin w kraju. Na kolejnych miejscach uplasowały się: Warszawa, Poznań, podwarszawski Raszyn i Wronki koło Poznania.

320

punktów o dziennej przepustowości 170 tys. testów obejmował system laboratoriów do diagnostyki pod kątem COVID-19 w połowie wakacji. Od niedawna w laboratoriach Państwowej Inspekcji Sanitarnej istnieje również możliwość sekwencjonowania wirusa SARS-CoV-2.

2 tys. zł

siegają ceny za fałszywe certyfikaty poświadczające szczepienie na COVID-19, choć podobno można je nabyć już za kilkaset złotych. Z podobnym procederem zmagają się też inne kraje (np. ostatnio w USA przechwycono 3 tys. podrobionych zaświadczeń w przesyłce z Chin).

15 tys.

niepożądanych odczynów poszczepiennych, głównie o łagodnym charakterze (zaczernienie, krótkotrwała bolesność w miejscu wkłucia), zgłoszono do Państwowej Inspekcji Sanitarnej od rozpoczęcia szczepień przeciw COVID-19 od końca grudnia 2020 r. do końca sierpnia br.

18,8 mln

Polaków zostało w pełni zaszczepionych przeciwko COVID-19 dwiema dawkami preparatów od firm Pfizer/BioNTech, Moderna i AstraZeneca lub jednodawkową szczepionką Johnson & Johnson od rozpoczęcia Narodowego Programu Szczepień do końca sierpnia br.

ANALIZA

Koronaemocje



Mariusz Tomczak
dziennikarz

Nie brakuje negatywnych emocji związanych z pandemią. To zapewne jedna z przyczyn wyhamowania tempa szczepień przeciw COVID-19. Polska ma pod dostatkiem dawek, ale są kraje, w których chętnych jest więcej niż preparatów.

Wakacje były gorące w dwójnasób – zarówno ze względu na słoneczną pogodę, jak i emocje towarzyszące decyzjom podejmowanym w obliczu pandemii. W niektórych krajach politycy próbowali wykorzystać sezon urlopów do zaostrzenia kursu wobec osób niezaszczepionych, co spotkało się z wezbraniem fali społecznego niezadowolenia.

NIESPOKOJNA EUROPA

Przez kilka tygodni, co weekend, nawet po ćwierć miliona Francuzów wychodziło na ulice. Na ogół zachowywali się pokojowo, ale m.in. w Paryżu doszło do potyczek z policją. W wakacje protestowały tysiące Niemców, a w Berlinie policja jednego dnia zatrzymała ok. 600 osób. Manifestacje i wiece, choć mniej liczne, odbywały się też we Włoszech, a na Litwie demonstranci zabarykadowali wejście do Sejmu. Do podobnego scenariusza mogło dojść w Grecji w dniu głosowania nad ustawą o obowiązkowych szczepieniach dla wybranych zawodów, ale użycie armatek wodnych i gazu łzawiącego spowodowało, że uczestnicy protestu nie podeszli pod gmach parlamentu. Wspólny mianownik tych wydarzeń stanowił sprzeciw wobec wprowadzania kolejnych koronarestrykcji. Część manifestantów mówiła wprost, że jest przeciwna szczepieniom, ale skala protestów oraz bliższe przyjrzenie się temu, kto w nich uczestniczył, w połączeniu z analizą postulatów wskazuje, że wymykają się one uproszczonym ocenom. Rzeczywistość nie jest tak trywialna, jak czasami opisują ją komentatorzy. Określanie tłumów, które wyszły na ulice europejskich miast, jako „koronasceptyków” czy dzielenie społeczeństwa na dwa obozy: zwolenników i przeciwników szczepień, niczego nie wyjaśnia. Istota problemu jest bardziej złożona.

PANDEMIA A ŚWIATOPOGLĄD

Protesty związane z nowymi obostrzeniami nakładanymi na osoby niezaszczepione przeciw COVID-19 i dotyczącymi

wdrożenia cyfrowych przepustek sanitarnych wykraczają poza tzw. ruch antyszczepionkowy. Sporo osób żąda „prawa wyboru”, sprzeciwia się „segregacji” lub nie tyle neguje istnienie wirusa SARS-CoV-2, choć i tacy się zdarzają, co obawia się lockdownów, które dramatycznie pogorszą ich sytuację materialną. Na ulice ludzi wypycha też niechęć do rządzących. To oznacza, że dylematy ze świata medycyny przeplatają się ze sporami o kształt polityki państwa w dobie pandemii, a na to nakładają się kwestie światopoglądowe i partyjne antypatie, co utrudnia dialog i komplikuje debatę publiczną oraz negatywnie wpływa na pracę wielu lekarzy.

Dylematy ze świata medycyny przeplatają się ze sporami o kształt polityki państwa w dobie pandemii.

Wydarzenia obserwowane w innych częściach naszego kontynentu unaoczniają, że stawiane przez część publicystów za wzór społeczeństwa zachodniej Europy nie są aż tak jednoznaczne w ocenie zagrożenia wynikającego z COVID-19, choć w niektórych krajach odsetek osób zaszczepionych

przeciw tej chorobie jest większy niż w Polsce.

POZNAŃ, ZAMOŚĆ, GRODZISK MAZOWIECKI

W ostatnich tygodniach atmosfera zgęstniała także w naszym kraju. W Poznaniu anonimowy sprawca wysłał e-mail z informacją o podłożeniu bomby w aquaparku i zażądał wstrzymania szczepień. W Zamościu podpalono budynek lokalnego sanepidu i mobilny punkt szczepień, a w Grodzisku Mazowieckim doszło do szarpaniny z ochroną takiego punktu i ataku na karetkę. Te wydarzenia prawdopodobnie, bo decyzja należy do parlamentu, przyczynią się do zaostrzenia kar za napaść na osoby realizujące Narodowy Program Szczepień. Znaczenie dalej w oczekiwaniach idzie samorząd lekarski, domagając się przyznania każdemu lekarzowi, niezależnie od miejsca zatrudnienia i formy wykonywania zawodu, ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszowi publicznemu, ale na razie nie ma na to zgody ze strony obozu rządzącego. Niedawno prezes NRL Andrzej Matyja zwrócił się do szefa rządu o wyznaczenie nowej polityki państwa wobec sprawców agresywnych zachowań wymierzonych w personel medyczny.

SZCZEPIENIA DZIELA

W Polsce od kilku miesięcy obowiązują restrykcje dla osób niezaszczepionych. Limity uczestników zgromadzeń czy gości w hotelach, restauracjach i na konferencjach nie obowiązują tych, którzy przyjęli szczepionki. Ci ostatni są również zwolnieni z kwarantanny po kontakcie z osobą zakażoną. Nie brakuje jednak opinii, że to za mało. Część społeczeństwa opowiada się za wprowadzeniem kolejnych obostrzeń wobec niezaszczepionych współobywateli. Podobne głosy dochodzą również ze strony wielu przedstawicieli środowiska lekarskiego, którzy od kilkunastu miesięcy z bliska widzą dramatyczne skutki zakażeń SARS-CoV-2, a na dodatek obserwowali systemową niemoc w czasie paraliżu opieki zdrowotnej w szczytowych momentach pandemii. Wśród medyków pojawiają się głosy, że rząd nie poświęca dostatecznej uwagi na przekonanie nieprzekonanych.

KLAMKA ZAPADŁA

Premier Mateusz Morawiecki i minister zdrowia Adam Niedzielski częściej mówią o „zachętach”, „bonusach” i „przywilejach” dla zaszczepionych niż o „karach” dla tych, którzy dotychczas nie przyjęli szczepionki. Zapewniają, że są przeciwnikami przymusu i zamiast zwiększać presję, wolą wykorzystać pełen arsenał środków miękkiej perswazji. Prawdopodobnie wyciągnięto wnioski po wypowiedzi rzecznika ministra zdrowia Wojciecha Andrusiewicza, który kilka miesięcy temu politykę luzowania i zaostrzania pandemicznych obostrzeń przyrównał do metody kija i marchewki. Wiele osób, także niekwestionujących pandemicznych rygorów, źle ją odebrało. Wydaje się jednak, że wśród polskich władz zapadła decyzja o poszerzaniu obostrzeń dla osób niezaszczepionych, czego poniekąd można było się spodziewać, gdy Polska – co jest znamienne, choć w debacie publicznej niedoceniane – znacznie szybciej od innych krajów dołączyła do systemu Unijnego Certyfikatu COVID.

NOWY WYMIAR RESTRYKCJI

– Osoby niezaszczepione mogą spodziewać się obostrzeń – powiedział ostatnio wicepremier Jarosław Kaczyński. Te słowa prezesa PiS to czytelny sygnał, że rząd zaczyna

przechodzić od słów do czynów. Od dłuższego czasu podobne opinie wyrażały osoby związane z obozem władzy, wpływając na dyskurs publiczny. – Uważnie analizujemy pomysły, które są wdrażane w różnych krajach europejskich – przyznaje szef resortu zdrowia. Z jego ust płyną przestrogi, że w razie kolejnego wzrostu liczby zakażeń SARS-CoV-2 nakazy i ograniczenia w pierwszej kolejności obejmą tereny o najmniejszym odsetku wyszczepienia. To może oznaczać, że po pojawieniu się czwartej fali pandemii regionalizacja zyska zupełnie nowy wymiar. – Jeśli będą dwa regiony ze zbliżoną liczbą zakażeń w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, to większe obostrzenia będą wprowadzane tam, gdzie poziom zaszczepienia jest niższy – mówi minister Adam Niedzielski.

CO SPRAWDZI PRACODAWCA?

Do Sejmu wpłynął rządowy projekt nowelizacji ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przewidujący kary w wysokości 5-30 tys. zł za „kłamstwo covidowe”. Sanepid zyska prawo nakładania grzywny za nieudzielanie informacji w ramach wywiadu epidemiologicznego lub wprowadzanie w błąd. – To straszak, by ludzie nie ukrywali, z kim się spotykali – przyznaje minister zdrowia. Niedawno resort przygotował przepisy umożliwiające pracodawcom sprawdzenie, czy pracownicy są zaszczepieni przeciw COVID-19. Nie oznacza to stworzenia furtki do wręczenia komukolwiek z załogi wypowiedzenia, choć w praktyce ułatwi przesunięcie na inne stanowisko kogoś wbrew jego woli. Ministerstwo chce, by w razie braku szczepienia pracodawca mógł wysłać pracownika na urlop bezpłatny.

MEDYCY BĘDĄ PIERWSI

Pojawia się coraz więcej głosów o konieczności wprowadzenia obowiązkowych szczepień przeciw COVID-19 dla wybranych grup zawodowych. Za tym, by objęto to lekarzy i pielęgniarki, opowiada się m.in. szef resortu zdrowia. W kilku ostatnich wywiadach zasugerował, że zbliżamy się do takiego momentu, za czym – jak podkreśla – opowiadają się i medycy, i pacjenci. – Czy wyobraża sobie pan dziecko z białaczką, które nie może się zaszczepić i opiekuje się nim niezaszczepiony personel? – pyta retorycznie prof. Krzysztof Simon, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM we Wrocławiu. Główny doradca premiera ds. COVID-19 prof. Andrzej Horban uważa, że poza medykami ten obowiązek powinien objąć nauczycieli, personel sklepów wielkopowierzchniowych, służby porządkowe i niektórych pracowników administracji. Podobne przesłanie płynie z niedawnego stanowiska Rady Medycznej przy premierze.

MILIONY DLA SAMORZĄDÓW

Podjęmowane są rozmaite próby zachęcania Polaków do zaszczepienia się. W wakacje można było to zrobić podczas wizyty w muzeum, w centrum handlowym czy, co samo w sobie stanowiło nie lada atrakcję, na okręcie marynarki wojennej. Do wielu powiatów zawitały „szczepionkobusy”, umożliwiając przyjmowanie jednodawkowego preparatu bez wcześniejszego rejestrowania się. – Byliśmy już na festynach, piknikach, plażach czy imprezach sportowych, teraz pojawimy się przy kościołach – mówi wojewoda śląski Jarosław Wieczorek. Nie wszystkie pomysły, zwłaszcza te odwołujące się bardziej do emocji niż racjonalności, zyskują

Od polityki nie uciekniemy

Jeśli wierzyć wynikom badania przeprowadzonego przez Uniwersytet Kalifornijski, sympatie polityczne mogą wpływać na decyzje o zaszczepieniu się przeciw COVID-19. Wyborców Partii Demokratycznej (wywodzi się z niej obecny prezydent USA Joe Biden) zachęcają przede wszystkim pieniądze, a elektorat Partii Republikańskiej (bliższy poglądom poprzedniego prezydenta Donalda Trumpa) zniesienie dokuczliwych restrykcji na czele z obowiązkiem noszenia maseczek. Być może dlatego, w zależności od stanu, po przyjęciu szczepienia Amerykanie mogą wygrać zarówno gotówkę, jak również dożywotnią licencję na broń, co trafia w gusta demokratów i republikanów. Inne zachęty to: przejażdżka po torze żużlowym, stypendium w college'u czy, co wzbudziło wiele kontrowersji, darmowe piwo.



Część ekspertów ostrzega, że czwarta fala pandemii puka do naszych drzwi.

powszechną aprobatę. Nie brak opinii, że profrekwencyjne spoty w telewizji czy banery ze znanymi aktorami i sportowcami okazały się nieskuteczne, a organizacja loterii Narodowego Programu Szczepień to wyrzucanie pieniędzy w błoto. Inni idą jeszcze dalej, mówiąc, że ta ostatnia – poprzez rozdawnictwo gotówki, samochodów i hulajnóg elektrycznych – kompromituje ideę, którą ma wspierać. Z mieszanymi uczuciami traktuje się również rządowe zachęty dla samorządów. Po konkursie Gmina na Medal (pierwsze 500 gmin, w których poziom wyszczepienia osiągnie 67 proc., wygra po 100 tys. zł) i Najbardziej Odporna Gmina (ta najlepsza) dostanie 2 mln zł, ostatnio ogłoszono kolejny – Rosnąca Odporność – z rekordową pulą nagród (ponad 0,5 mld zł).

CO MA KROWA DO COVID-19?

Polska loteria szczepionkowa nie wygląda spektakularnie, gdy porówna się ją z tym, co mogą wygrać mieszkańcy Hongkongu (m.in. bajorńsko drogie mieszkanie, sztabki złota, luksusowe zegarki). Są kraje, w których rozlosowuje się jałówki, a w niektórych regionach świata podobno po przyjęciu szczepionki rozdaje się worki ryżu. Co kraj, to obyczaj – można by skwitować krótko, ale to nie tak oczywiste, gdy zgłębi się arkana ludzkiej psychiki i weźmie pod uwagę różne teorie motywacji. Chcąc zachęcić do szczepień przeciw COVID-19, niezależnie od szerokości geograficznej, rozstrzygany jest dylemat, co odniesie większy skutek: nagrody czy kary. Od dawna wiadomo, że do podjęcia tej samej decyzji ludzie skłaniają zgoła odmienne przesłanki. Z wypowiedzi tych, którzy w czasie pandemii się zaszczepili, jednoznacznie wynika, że mieli ku temu różne powody. Z pewnością niejednego lekarza, zwłaszcza tego, który w ostatnich miesiącach pomagał pacjentom zakażonym koronawirusem, w zdumienie wprawi fakt, że wizyta w punkcie szczepień nie zawsze jest motywowana strachem przed śmiercią czy chorobą, a aspekt zdrowotny niekoniecznie wysuwa się na pierwszy plan.

PREMIE DLA LEKARZY

Jednym ze sposobów na zwiększenie tempa szczepień przed możliwym wzrostem zachorowań na COVID-19 jesienią są premie częściowe dla lekarzy POZ i premia roczna dla poradni POZ. – Szczególnie zależy mam na osobach powyżej 55 lat, dlatego za zaszczepienie tych pacjentów gratyfikacja będzie wyższa – mówi p.o. prezesa NFZ Filip Nowak. Zarządzenie NFZ

pojawiło się dopiero pod koniec lipca, progi zaszczepienia pacjentów są dość wysokie, więc szansa na uzyskanie benefitów jest niewielka. Zdaniem premiera obecne możliwości pozwalają na szczepienie 700 tys. osób dziennie. Tylu chętnych od dawna nie ma, więc nic dziwnego, że szef rządu zdecydował o odsprzedaży szczepionek Australii, Hiszpanii, Portugalii i Norwegii, a część w formie darowizny trafiła na Ukrainę. Ceny transakcji owiane są tajemnicą. – Obowiązuje reguła, by nie stracić i nie zarobić – mówi tajemniczo prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych Michał Kuczmierowski.

DLA KOGO DAWKA PRZYPOMINAJĄCA?

Trwa dyskusja o ewentualnym podawaniu dawki przypominającej. Przybrała ona na sile po pojawieniu się nowych wariantów SARS-CoV-2. Światowa Organizacja Zdrowia na razie nie rekomenduje szczepienia trzecią dawką, a Europejska Agencja Leków wskazuje, że nie ma jeszcze wystarczających danych z badań, by potwierdzić, czy będzie potrzebna. Mimo to kilka państw wyszło przed szereg. Pierwsi na świecie trzecią dawkę zaczęli podawać Izraelczycy, a w Europie – Węgrzy. Kilka tygodni temu resort zdrowia otrzymał rekomendację Rady Medycznej przy premierze, by rozważyć podanie dawki przypominającej grupom najbardziej narażonym na ryzyko. Pod koniec sierpnia rząd poprosił ekspertów o przygotowanie takiej rekomendacji. Nie musiał długo czekać. Rada Medyczna zaleciła stosowanie dodatkowej dawki, nie wcześniej niż po 28 dniach od zakończenia podstawowego cyklu szczepień, u osób z zaburzeniami odporności. Chodzi m.in. o pacjentów otrzymujących aktywne leczenie przeciwnowotworowe, po przeszczepach narządowych (przyjmujących leki immunosupresyjne lub terapie biologiczne), dializowanych przewlekle z powodu niewydolności nerek, z umiarkowanymi lub ciężkimi zespołami pierwotnych niedoborów odporności oraz leczonych aktualnie dużymi dawkami kortykosteroidów lub innych leków, które mogą hamować odpowiedź immunologiczną. Póki co mało prawdopodobne jest wprowadzenie odpłatności za szczepienie przeciw COVID-19, choć przed wakacjami Ministerstwo Zdrowia sygnalizowało, iż analizuje taki wariant. Niewykluczone, że był to tylko bluff mający wraz z wieloma innymi działaniami dotrzeć do świadomości części osób zwlekających z wizytą w punkcie szczepień. Nie do końca się to udało, skoro do końca sierpnia w pełni zaszczepiło się 18,8 mln Polaków. ■

OPINIE

Co dalej?

Drugie lato z COVID-19 dobiega końca. Część osób wracających z urlopów może być nosicielami wirusa SARS-CoV-2. Naukowcy wiedzą o nim znacznie więcej niż rok temu, ale wciąż nie potrafią precyzyjnie określić, co dalej z pandemią.

GazetaLekarska.pl 



prof. **Krzysztof Simon**
kierownik Kliniki Chorób
Zakaźnych i Hepatologii UM
we Wrocławiu, członek Rady
Medycznej przy premierze

Jestem zdumiony płytkością oceny i argumentacji środowisk antycovidowych i antyszczepionkowych. Każdemu powtarzam: jeśli nie chcesz się szczepić, to trudno, tego nie rób, ale nie rozsiewaj fałszywych informacji, które mogą zaszkodzić przede wszystkim osobom najstarszym. Narażanie życia innych jest skandaliczne i nieetyczne. W obliczu niedawnych ataków na punkty szczepień potrzebne są skuteczniejsze działania ze strony Ministerstwa Sprawiedliwości. To przejaw bioterroryzmu, tak jakby ktoś zabraniał pacjentowi z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego dostępu do chirurga. Służby państwowe

powinny się zająć krążącymi od pewnego czasu informacjami o wystawianiu fałszywych zaświadczeń o zaszczepieniu przeciw COVID-19. Nie rozumiem również, dlaczego jeszcze nikt nie zrobił nic w związku z groźbami śmierci, które ja i inni członkowie Rady Medycznej przy

Wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni być zaszczepieni przeciw COVID-19.

premierze otrzymują w formie e-maili. Osobna kwestia to fake newsy w internecie. Widziałem niedawno dane rządowe, które pokazują wielki zalew dezinformacji płynącej do Europy, w tym do Polski, z terytorium Rosji, choć w innych krajach takie dziwactwa też się zdarzają. Jeśli mamy dbać o naszych pacjentów, to wszyscy

pracownicy służby zdrowia powinni być zaszczepieni przeciw COVID-19. Nie może być tak, że którykolwiek z medyków w szpitalu czy przychodni przenosi wirusa na kogoś, u kogo nie doszło do odpowiedzi immunologicznej lub na osobę chorą, która nie mogła się zaszczepić, a takich pacjentów jest prawie milion w naszym społeczeństwie. Czy wyobraża sobie pan dziecko z białaczką, które nie może się zaszczepić, i opiekuje się nim niezaszczepiony personel? Niektóre grupy zawodowe, podobnie jak osoby powyżej 70. r.ż., powinny mieć obowiązek zaszczepienia się. Trzeba bezwzględnie zachęcać do tego także pacjentów z wielochorobowością. W przypadku innych osób ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 jest niewielkie i u nich, poza przesłankami epidemiologicznymi i ogólnoludzkimi, moim zdaniem nie ma potrzeby wprowadzenia takiego obowiązku, choć z powodu tej choroby umierają nawet dwudziestolatkowie – w polskich szpitalach też do tego dochodziło. ■



dr **Artur Zaczynski**
zastępca dyrektora CSK MSWiA
w Warszawie, członek Rady
Medycznej przy premierze

Namawiam stale lekarzy do zachowania podwójnej czujności, zwłaszcza między SOR i oddziałami. Łatwo o pomyłkę przy natłoku pacjentów i sprawdzaniu objawów sugerujących zakażenie, a każdy taki przypadek potwierdzony na sali oznacza kwarantannę dla innych pacjentów. Musimy też odrobić lekcję z zeszłego roku, tak by każdy szpital był przygotowany na pojawienie się pacjentów z groźną chorobą zakaźną. Powinien zostać wprowadzony wymóg posiadania węzłów sanitarnych

w salach dwuosobowych, co w zasadzie wynika z obowiązującego od wielu lat rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego modernizacji szpitali. To nie tylko lepszy komfort dla pacjentów, tak jest znacznie bezpieczniej dla każdego. Gdy pacjent przebywa w sali wieloosobowej bez dostępu do oddzielnej łazienki, potencjalnie zarazi więcej

Musimy zrobić remanent polskiego szpitalnictwa.

osób, zwłaszcza jeśli w czasie pobytu ma kontakt z innymi osobami. Dostosowanie pomieszczeń szpitalnych to wielkie zadanie stojące przed systemem ochrony zdrowia. Są szpitale, w których dominują sale wieloosobowe, a poziom zatrudnienia jest niewspółmiernie wysoki w porównaniu

do liczby wykonywanych procedur. I w tym miejscu pojawia się pytanie, czy mniejsze szpitale powinny mieć takie same zadania co te większe, wysokoreferencyjne placówki? Musimy zrobić remanent polskiego szpitalnictwa i to stanowi wielkie wyzwanie na kolejne lata. Obecnie posiadamy tysiące łóżek szpitalnych, ale nie zwracamy dostatecznej uwagi na to, jakiej są jakości i gdzie się znajdują. Z jednej strony są klimatyzowane dwuosobowe sale, a z drugiej – łóżka ustawione tak jakby w hali lazaretowej. Nasz szpital ma siedemdziesiąt lat i jest nieustannie modernizowany, ale nie wszędzie tak jest. Są placówki, szczególnie na południu Polski, istniejące w dwustuletnich budynkach, gdzie remonty odbywały się rzadko, a adaptacja pomieszczeń czasami kosztuje więcej niż budowa nowego, wielopiętrowego gmachu ze szkła i stali. ■



dr hab. **Agnieszka Mastalerz-Migas**
konsultant krajowy
w dziedzinie medycyny
rodzinnej, członek Rady
Medycznej przy premierze

Konia z rzędem temu, kto wie, na ile bezpieczny jest powrót uczniów do szkół po wakacjach. Na pewno spowoduje to wzrost społecznej mobilności i przyczyni się do większego ruchu w środkach komunikacji publicznej. Z drugiej strony jednak trudno sobie wyobrazić kontynuację nauki wyłącznie w formie zdalnej, m.in. ze względu na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży,

którzy i tak już przez wiele miesięcy nie mieli bezpośredniego kontaktu ze swoimi rówieśnikami. Dla 10-latka rok to jedna dziesiąta jego życia. Co stałoby się z dziećmi, gdyby po tak długim czasie nauki przed komputerami

Dla 10-latka rok to jedna dziesiąta jego życia.

nic się nie zmieniło po 1 września? To nie jest przypadek, że mimo trwającej pandemii wiele krajów powraca do nauki stacjonarnej w szkołach, choć podejmowanie takiej decyzji wiąże z ryzykiem wzrostu zachorowań. Warto

jednak pamiętać, że w rozpoczynającym się roku szkolnym będziemy w zupełnie innej sytuacji niż we wrześniu 2020 roku czy nawet tej wiosny – mamy dość duży, choć wciąż niewystarczający, odsetek osób zaszczepionych, jak i tych, które przechorowały COVID-19. Pewne wydaje się jedno – w szkołach powinien być przestrzegany reżim sanitarny. Są różne sposoby zadbania o to, by nauka przebiegała w sposób bezpieczny. Każda placówka ma swoją specyfikę i inne warunki lokalowe, nie należy wszystkich traktować w ten sam sposób. W przypadku wzrostu liczby zakażeń być może trzeba będzie stworzyć możliwości do nauki hybrydowej, tak by część zajęć odbywała się stacjonarnie, a część za pośrednictwem komputerów. ■



dr **Mieczysław Dziedzic**
torakochirurg z Kliniki
Specjalistycznej EuroMedic
w Katowicach, członek NRL

Niejedno już w życiu widziałem, bo od 40 lat pracuję z pacjentami zmagającymi się z chorobami klatki piersiowej i układu oddechowego, ale najbardziej zapamiętam obrazy z tomografii komputerowej, na których widać przerażające zniszczenia miąższu płucnego. Nie są znane długoterminowe konsekwencje zdrowotne choroby COVID-19. Medycyna jeszcze nie zgromadziła wniosków z odpowiedniej ilości badań (np. izotopowych z użyciem Xe<133

i Tc<99m) w zakresie perfuzji płucnej, wentylacji i dyfuzji tlenu w pęcherzykach płucnych, ale wcześniej czy później ubytek powierzchni oddechowej da o sobie znać. Jeśli nałożymy na to zmiany czynnościowe, które po przechorowaniu COVID-19 utrzymują się

Myślałem, że społeczeństwo jest bardziej przestraszone COVID-19.

przez wiele miesięcy, a być może długie lata, to dla niektórych osób może to oznaczać ciężkie oddechowe inwalidztwo. Myślałem, że społeczeństwo jest znacznie bardziej przestraszone COVID-19, a jednak wiele

osób wciąż się nie zaszczepiło. Przy tak wysokim zagrożeniu ciężkim przebiegiem choroby i wysoką śmiertelnością zaskakuje mnie duża liczba tych, którzy nie udali się jeszcze do punktów szczepień. Niestety niewiele mediów rozmawia z lekarzami zajmującymi się pacjentami covidowymi w szpitalach. Są wywiady z profesorami, ale w przestrzeni publicznej jest za mało wypowiedzi medyków mających bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi. Gdyby ich argumenty i doświadczenia były częściej prezentowane, mogłyby przekonać więcej osób do szczepień. W czasie pandemii niejednego z lekarzy poraża bezsilność, gdy skuteczność terapii pozostawia wiele do życzenia, a zastosowanie respiratora nie przynosi znaczącej poprawy i niesie kolejne powikłania. To deprymuje. ■



Dominik Lewandowski
prezes Młodych Lekarzy
Rodzinnych

W ubiegłym roku zobaczyliśmy, jak wygląda świat bez szczepionek. Wydawało mi się, że kiedy tylko pojawi się możliwość zaszczepienia się przeciw COVID-19, to wszyscy z niej skorzystamy. Okazało się, że spora część Polaków nie jest tym zainteresowana – to mnie bardzo mocno zaskoczyło. O ile do pewnego stopnia jestem w stanie zrozumieć obawy rodziców przychodzących

do gabinetu lekarza rodzinnego z małymi dziećmi na szczepienia przeciwko chorobom zakaźnym, których już dawno nie widzieliśmy, to trudno mi to pojąć w przypadku koronawirusa, skoro skutków pandemii

Jesteśmy narodem dość przekornym.

doświadczamy na co dzień. Dziwi mnie również to, że nie zawsze stosujemy się do zasad związanych z noszeniem maseczek, dezynfekcją czy zachowywaniem dystansu. Niewiele nas to kosztuje, a pozwoliłoby zapewnić w miarę normalne funkcjonowanie całemu społeczeństwu. Z moich obserwacji wynika, że za granicą

więcej osób rzetelniej podchodzi do przestrzegania obostrzeń, które są bardzo podobne do naszych. Jesteśmy narodem dość przekornym. Pewnie wynika to po części z uwarunkowań kulturowych, bo przez długie lata byliśmy ciemniejsi i musieliśmy opierać się na nakazach władzy. W pewnym stopniu to też kwestia braku świadomości zdrowotnej. Jako lekarze musimy uderzyć się w pierś, że być może niedostatecznie edukujemy naszych pacjentów. Należy odważnie wprowadzać kolejne przywileje dla osób zaszczepionych. Wydaje mi się, że wszystkie osoby, które chciały się zaszczepić, już to zrobiły, więc pozostałych trzeba do tego zmotywować poprzez wprowadzanie ograniczeń w dostępie do korzystania z wybranych usług dla niezaszczepionych. ■

Drzwi postępu zostały szeroko otwarte

Z dr. hab. Ernestem Kucharem, prezesem Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, kierownikiem Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym WUM, rozmawia Lucyna Krysiak.

Zbliża się czwarta fala zakażeń wirusem SARS-CoV-2, tym razem najgroźniejszym, jak dotąd, wariantem Delta. Co nas czeka?

Wariant Delta jest co najmniej dwukrotnie bardziej zaraźliwy niż poprzedni szczep wirusa SARS-CoV-2, który wywołał trzecią falę pandemii. Prawdopodobnie więc rozprzestrzenianie się go także będzie przebiegało dwukrotnie szybciej. Wprawdzie w Polsce zaszczepiła się połowa populacji dorosłych, jednak głównie są to osoby starsze i w średnim wieku, chore przewlekłe, a także personel medyczny, a na zakażenie są podatni wszyscy pozostali – w efekcie Delta uderza przede wszystkim w ludzi młodych, przed 24. r.ż., którzy nie byli szczepieni lub zostali zaszczepieni w niewielkim odsetku.

Są to osoby najbardziej mobilne, mające liczne kontakty zawodowe i towarzyskie, skłonne do gromadzenia się na różnego rodzaju spotkaniach. Wiek predysponuje ich do aktywności na wielu polach – studiują, pracują, spotykają się na koncertach, meczach, w pubach. Są w wieku, kiedy ma się najwięcej kontaktów z innymi, co sprzyja rozprzestrzenianiu się wirusa, który – jak wiadomo – przenosi się drogą kropelkową, więc łatwo się nim zakażać. Standardowo zaleca się zachowanie dystansu 1,5 m w przypadku wariantu Delta, ale ze względu na jego zakaźność ten dystans może nie wystarczyć.

Zaszczepieni mogą spać spokojnie?

Dane pochodzące z krajów, gdzie wariant Delta już dotarł, wskazują, że nawet jeśli dochodzi do zakażenia u zaszczepionych, to choroba ma znacznie lżejszy przebieg i zdecydowanie rzadziej kończy się zgonem. Dlatego wskazane jest, żeby szczepiły się także osoby młode. Niestety, napotykamy na opór z ich strony. Także jeśli chodzi o profilaktykę, a więc zakładanie maseczek w miejscach publicznych czy zachowanie dystansu. Młodzi są przekonani o swoim zdrowiu i sile, wręcz ją demonstrują, lekceważąc zagrożenie zakażeniem. Przy takiej postawie zderzenie z Deltą może być dla nich katastrofalne w skutkach.

Już we wrześniu i w październiku prawdopodobnie dojdzie do nagłego wzrostu liczby zakażeń, a biorąc pod uwagę wysoką zakaźność wariantu Delta, należy spodziewać się wzrostu liczby hospitalizacji i przepełnionych szpitali.



Dr hab. Ernest Kuchar: – W dobie powszechnego dostępu do internetu ludzie mają poczucie, że się na wszystkim znają, a tak nie jest.

Czy system opieki zdrowotnej to wytrzyma?

Mam wątpliwości. Trzeba od początku monitorować sytuację. Obawiam się, że w konfrontacji z czwartą falą koronawirusa czynnikiem limitującym będzie nie tyle liczba stanowisk z respiratorami, ale liczba osób obsługujących te stanowiska. Wszyscy już jesteśmy zmęczeni obecną pandemią. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni dali z siebie wszystko. Pandemia w sposób bezlitosny obnażyła słabości systemu, np. niedobory kadrowe i złą organizację. Wydolność systemu ochrony zdrowia została poddana próbie przez poprzednie fale pandemii, już widać, że proste rezerwy zostały wyczerpane i trzeba sięgnąć po nowe rozwiązania, których na razie nie widać. Obyśmy nie musieli wybierać, kogo podłączyć do respiratora.

Skąd w mentalności ludzi tak duży opór przed szczepieniami?

Szczepienia są demonizowane i mitologizowane, przez co ich społeczny odbiór nie odpowiada prawdzie. Mnóstwo jest dezinformacji na ich temat, zwłaszcza w internecie. Krążą różne teorie spiskowe, że to sztuczna ingerencja obcego białka w organizm

itd., a w istocie szczepienia wykorzystują tylko naturalne mechanizmy odpornościowe. Ich idea wciąż pozostaje ta sama – czy to w przypadku szczepień przeciw ospie wietrznej, rotawirusom, grypie, krztuścowi czy COVID-19 – celem jest uzyskanie odporności na dany patogen przy zachowaniu możliwie jak największego bezpieczeństwa.

Nie ma szczepionek w 100 proc. skutecznych i bezpiecznych, podobnie jak leków. U niewielkiego odsetka zaszczepionych wystąpią niepożądane odczyny poszczepienne. Działania niepożądane występują także po lekach, ale nikt tym się nie przejmie, ponieważ chory jest gotowy na wszystko, by wyzdrowieć. Zdrowy człowiek jest optymistą, uważa, że, jego choroba ominie, więc po co ma się szczepić? Taką postawę przyjmuje wielu ludzi, nawet wykształconych, którzy w swoich dziedzinach mają ogromną wiedzę. Dokłada się do tego brak zaufania do przemysłu farmaceutycznego, ochrony zdrowia i rządzących.

Przemysł farmaceutyczny to jednak dochodowy biznes i nie raz okrył się złą sławą. Czy w wystarczającym stopniu jest kontrolowany?

Jak każdy biznes, musi przynosić zyski, bo tak działa gospodarka rynkowa, jednak jest on wyjątkowo dokładnie kontrolowany. Już na etapie badań klinicznych obowiązuje zasada, że firma nie może ich prowadzić we własnym zakresie, by uniknąć konfliktu interesów. Przypominam, że każdy lek czy szczepionka, które trafiają na rynek, muszą zostać dopuszczone, a to oznacza przejście przez bardzo gęste sito zewnętrznej kontroli różnych instytucji, m.in. Agencji Żywności i Leków (FDA) czy Europejskiej Agencji Leków (EMA).

Wśród nieufających szczepieniom są pracownicy ochrony zdrowia, choć to najbardziej świadoma grupa zawodowa.

Każdy ma prawo do swoich osobistych wyborów. Podejrzewam jednak, że to skutek nieznajomości tematu. W medycynie nie jest tak wiele specjalności, że trudno od każdego lekarza czy pielęgniarki wymagać wiedzy w dziedzinie wakcynologii. W dobie powszechnego dostępu do internetu ludzie mają poczucie, że się na wszystkim znają, a tak nie jest. Myślę, że w tym wypadku zawiódł system edukacji.

Jak informować o szczepieniach, aby nie dawać okazji do tworzenia teorii spiskowych?

W prosty, rzetelny sposób, gdyż ruchy antyszczepionkowe i tak znajdą lub sfabrykują powody, aby przedstawiać szczepienia w złym świetle. Pandemia dowiodła skuteczności szczepień – są one najważniejszą bronią w walce z SARS-CoV-2. Skonfrontowani z tą prawdą antyszczepionkowcy poczuli się zagrożeni, stąd desperackie działania z przemocą i wandalizmem łącznie. Uwidocznili jednak, że w Polsce mamy fatalny system edukacji, przez co wiele osób nie potrafi ocenić jakości informacji, odróżnić wiarygodnych danych od zwykłych bzdur. Te błędy trzeba naprawić i zacząć edukować na temat zdrowego stylu życia, w tym szczepień, już w przedszkolach. Bo zawsze trudniej zmienić czyjąś postawę, niż ją pierwotnie wyrobić.

Szczepionki przeciwko COVID-19 wciąż są modyfikowane.

Pandemia sprawiła, że po raz pierwszy zezwolono na stosowanie szczepionek opracowanych według nowych technologii. Te technologie znamy od około 20 lat, ale nie mogły się przebić przez restrykcyjne przepisy, ponieważ wiązały się z modyfikacjami genetycznymi. W obliczu pandemii zniesiono te ograniczenia, przyspieszono prace i jesteśmy świadkami niebywałego postępu. Szczepionki oparte na mRNA i wektorach wirusowych niemal prosto z laboratorium trafiły na rynek.

Prace nad szczepionką mRNA pierwotnie koncentrowały się na immunoterapii nowotworów. Chodziło o stworzenie indywidualnie dopasowanych szczepionek przeciwrakowych. Ogromne możliwości dają

szczepionki wektorowe, bazujące na nieszkodliwych, niemnożących się wirusach, i szczepionki podjednostkowe, które w swoim składzie zawierają oczyszczone białka wirusowe.

Nowe technologie oznaczają stosunkowo tanią, masową produkcję, co pozwala na zaszczepienie dużej liczby osób. Produkcja, która w starym systemie zajęłaby minimum trzy lata, w nowym trwa kilka tygodni. Pojawiła się możliwość wyprodukowania szczepionek przeciwko praktycznie każdemu drobnoustrojowi w naprawdę krótkim czasie. Można też je błyskawicznie modyfikować i uaktualniać, a to już oznacza, że drzwi postępu zostały szeroko otwarte.

Czy zaszczepionych przeciw COVID-19 czeka przyjęcie trzeciej dawki?

Tego rodzaju zalecenie nie powinno dotyczyć ogółu populacji, ale konkretnego pacjenta. Przypomnę, że szczepienia wykorzystują naturalne mechanizmy odporności przeciwzakaźnej – jeśli są one osłabione, nie ma prawidłowej odpowiedzi na szczepienie, to pacjent może wymagać dodatkowych dawek.

Szczepienia zdominowała pandemia COVID-19, a codzienność to np. ospa wietrzna, krztusiec, odra czy choćby grypa.

Trzeba się liczyć z faktem, że po pandemii COVID-19 te choroby mogą powrócić ze zdwojoną siłą, szczególnie, że odsetek zaszczepionych dzieci bardzo się zmniejszył. W USA sezon RSV wystąpił latem, gdy zupełnie się go nie spodziewano. Wzrost liczby zakażeń tym wirusem to pokłosie lockdownu i nagromadzenia się znacznej liczby osób podatnych na zakażenie, bez naturalnej odporności. Pandemia zaburzyła zwykłą epidemiologię chorób i trudno dziś przewidzieć, który z drobnoustrojów, w tym taki, któremu potrafimy zapobiegać dzięki szczepieniom, wywoła zachorowania. Dlatego tak ważna jest terminowa realizacja programu szczepień ochronnych dzieci.

Co zrobić, aby wzrosło zaufanie do szczepień?

Jednym z celów Polskiego Towarzystwa Wakcynologii jest krzewienie wiedzy o szczepieniach, nie tylko wśród lekarzy i pielęgniarek, ale w społeczeństwie. Jednak kluczem jest zaufanie do instytucji publicznych oraz dobra edukacja już w szkołach, by zwykły obywatel potrafił myśleć racjonalnie, odróżnić wiarygodne dane od pseudonaukowego bełkotu i wyciągać prawidłowe wnioski z wyników badań. ■

Spółka zatrudniająca lekarzy a kasy on-line

Czy spółka z o.o. jako podmiot zatrudniający lekarzy (niezależnie od formy zatrudnienia) ma prawo prowadzić ewidencję sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii i nie jest zobowiązana do wymiany aktualnie używanych przez siebie kas na kasy fiskalne on-line?

Takie zapytanie do Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej złożyła spółka z o.o. będąca podmiotem leczniczym świadczącym usługi dla osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, powstała w wyniku przekształcenia, na której od początku działalności ciążył obowiązek ewidencjonowania sprzedaży w kasie fiskalnej. Świadczone przez spółkę usługi w zakresie opieki medycznej – zarówno podstawowej, jak i rozszerzonej – wykonywane są przez

lekarzy i lekarzy dentystów pozostających ze spółką w stosunku pracy. W związku z obowiązkową wymianą od 1 lipca 2021 r. kas rejestrujących na kasy on-line przez lekarzy i lekarzy dentystów spółka uznała, że ten obowiązek nie dotyczy jej jako podmiotu leczniczego zatrudniającego lekarzy, jednakże poprosiła Dyrektora KIS o potwierdzenie swojego stanowiska.

Dyrektor KIS w wydanej interpretacji¹ uznał stanowisko spółki za prawidłowe, wskazując, że podatnicy ograniczeni zostali w możliwości prowadzenia ewidencji sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii do 30 czerwca 2021 r., jeśli świadczą usługi w zakresie opieki medycznej jako lekarze i lekarze dentyści.

Zdaniem organu podatkowego podmiot leczniczy prowadzący działalność w formie spółki prawa

handlowego w zakresie usług opieki medycznej poprzez zatrudnionych lekarzy i lekarzy dentystów na podstawie umów o pracę i umów cywilnoprawnych nie podlega przepisom art. 145b ust. 1 pkt 3 lit. d) ustawy o VAT. Przepis ten wyraźnie bowiem wskazuje, że obowiązek wymiany kasy rejestrującej na kasę rejestrującą on-line dotyczy tylko świadczenia usług w zakresie opieki medycznej świadczonej przez lekarzy i lekarzy dentystów w ramach indywidualnej praktyki, a nie przez podmioty lecznicze.

Oznacza to, że spółka jako podmiot zatrudniający lekarzy (niezależnie od formy ich zatrudnienia) ma prawo prowadzić ewidencję sprzedaży przy zastosowaniu dotychczas stosowanych kas rejestrujących (z elektronicznym lub papierowym zapisem kopii). ■

¹ Interpretacja indywidualna Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej z dnia 1 lipca 2021 r., nr 0113-KDIP11-3.4012.297.2021.2.ALIN

Świadczenie pracy a kwarantanna i izolacja

Pracodawca, zgodnie z art. 97 § 2 Kodeksu pracy, podaje w świadectwie pracy m.in. informacje niezbędne do ustalenia uprawnień z ubezpieczenia społecznego. Dotyczy to m.in. danych o okresach nieskładkowych, przypadających w okresie zatrudnienia, którego dotyczy świadectwo pracy, uwzględnianych przy ustalaniu prawa do emerytury lub renty¹.

Katalog okresów nieskładkowych zawarty jest w art. 7 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach

z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 291). Okresami nieskładkowymi są m.in. okresy niezdolności do pracy, za który pracownik pobierał wynagrodzenie chorobowe lub zasiłek chorobowy (art. 7 pkt 1 lit. a i b ustawy).

Pracodawca zobowiązany jest zamieścić w świadectwie pracy wszystkie okresy nieskładkowe, mające miejsce w całym okresie zatrudnienia pracownika, którego dotyczy świadectwo. Wskazując okresy nieskładkowe, pracodawca

powinien wskazać w porządku chronologicznym daty ich rozpoczęcia i zakończenia (w obu przypadkach dzień, miesiąc, rok). Nie powinien jednak zamieszczać informacji o podstawie uznania danego okresu za nieskładkowy, gdyż dane dotyczące zdrowia są szczególnie chronione jako tzw. dane wrażliwe. Pracodawca nie wskazuje zatem w świadectwie pracy opisu okresu nieskładkowego, tj. zwolnienie chorobowe, kwarantannę czy izolację. ■

¹ § 2 ust. 1 pkt 17 rozp. Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 30.12.2016 r. ws. świadectwa pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1862)

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Tożsamość czynu

W 2017 r. okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej (OROZ) wszczął postępowanie wyjaśniające w związku z nadesłanym przez prokuraturę rejonową pismem zawierającym informację, iż przeciwko pewnemu lekarzowi prowadzone jest postępowanie karne.

Aleksandra Gil biuro NROZ

Po zgromadzeniu materiału dowodowego obwinionemu przedstawiono zarzut w oparciu o art. 8 KEL – że podczas konsultacji lekarskiej, znając wynik badania wskaźnika INR chorej, wskazujący, iż „osocz nie wykrzepia się”, nie podjął decyzji o odstawieniu leku Warfin i nie skierował pacjentki do szpitala.

Okręgowy sąd lekarski (OSL) uznał, że postępowanie lekarza nie stanowiło przewinienia zawodowego i w związku z tym uniewinnił lekarza. Odwołanie od tego orzeczenia złożył OROZ. Naczelny Sąd Lekarski uchylił zaskarżone orzeczenie z uwagi na nieprawidłowości w ocenie zgromadzonego materiału dowodowego. Wskazał przy tym, że sąd I instancji nie odniósł się do ustaleń w sprawie karnej oraz do wydanego wyroku sądu powszechnego, którym to obwiniony został

Art. 54 ust. 1. ustawy o izbach lekarskich:

„Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu”.

Art. 64 ust. 4. ustawy o izbach lekarskich:

„Jeżeli czyn, o którym mowa w ust. 1, stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa”.

skazany za przestępstwo popełnione wobec chorej. Po ponownym rozpoznaniu sprawy OSL uznał winę lekarza i wymierzył karę nagany. Odwołanie od tego orzeczenia wniósł obrońca, który w trakcie rozprawy

Wydane orzeczenie umożliwi w szczególnie trudnych sprawach na korzystanie z dowodów zebranych w postępowaniu karnym.

odwoławczej zawnioskował o uchylenie orzeczenia OSL z uwagi na zaistnienie bezwzględnej przyczyny odwoławczej, o której mowa w art. 439 § 1 pkt 9 k.p.k., i umorzenie postępowania z uwagi na przedawnienie karalności na podstawie art. 17 § 1 pkt 6 k.p.k. w zw. z art. 64 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich. W ocenie obrońcy opis przewinienia zawodowego nie wypełnił jednocześnie znamion przestępstwa, za które lekarz został skazany w postępowaniu karnym.

NSL, ponownie rozpoznając sprawę, utrzymał w mocy orzeczenie sądu I instancji. Od orzeczenia NSL obrońca obwinionego wywiódł kasację, wskazując na zaistnienie w sprawie bezwzględnej przyczyny odwoławczej, wnioskując o uchylenie orzeczenia i umorzenie postępowania. Co istotne, zaprezentował linię orzeczniczą Sądu Najwyższego w tożsamych sprawach, która wskazuje, że aby można było mówić o tożsamości czynów, opis przewinienia zawodowego winien być identyczny z opisem przestępstwa. SN oddalił kasację jako bezzasadną w stopniu oczywistym. Poparł argumentację NSL i NROZ w zakresie tożsamości czynu przypisanego lekarzowi jako przewinienie zawodowe z czynem stanowiącym przestępstwo, tj. by przedmiotem ocen prawnych było to samo zdarzenie w ujęciu historycznym. ■

KOMENTARZ



Grzegorz Wrona
Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Do NSL trafia wiele spraw na pograniczu przedawnienia karalności lub po jej przedawnieniu. Nie raz w związku z tym stwierdzałem, że brak rozstrzygnięcia o niewinności lub winie lekarza w czasie 5 lat jest porażką samorządu. Trudno zrzucić winę na obiektywne powody, jakimi są np. terminy procesowe dla stron postępowania, świadków czy utrudnienia w dostępności do opinii biegłych. Z zadowoleniem należy przyjąć zmianę linii orzeczniczej Sądu Najwyższego, który czterokrotnie dotychczas uważał,

że aby uznać tożsamość czynu, opis przewinienia zawodowego winien być w pełni zgodny z opisem przestępstwa. W tej sprawie SN przyjął za czyn tożsamy zdarzenie historyczne, czyli zaistniały sposób badania i leczenia, sam w sobie będący nieprawidłowym, ale w ocenie rzecznika i lekarskich sądów nieprowadzący wprost do zagrożenia życia lub zdrowia, a w każdym razie, nawet gdyby tak było, to w tym postępowaniu nie zostało to dowiedzione. Wydane orzeczenie umożliwi w szczególnie trudnych sprawach na korzystanie z dowodów zebranych w postępowaniu karnym i pozwoli sądowi lekarskiemu na samodzielność jurysdykcyjną, nie zmuszając do orzekania pod presją czasu. Nie zmienia to faktu, iż prowadząc postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, rzecznicy i sądy powinni dotrzeć do obiektywnej prawdy w czasie krótszym niż 5 lat. ■

PRACA BEZ ETATU

Jakich umów nie podpisywać?

Wielu lekarzy wykonuje lub będzie wykonywać swój zawód na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów, umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, umów zlecenia itd.). Podpisując taki dokument, warto zwrócić uwagę na kilka kwestii, które mają kolosalne znaczenie w razie ewentualnego sporu prawnego.

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

Zaczniemy jednak od tego, czym różni się umowa cywilnoprawna od umowy o pracę. Dla prawników różnic jest kilka, ale dla lekarzy dwie powinny być szczególnie istotne.

Po pierwsze, umowa o pracę tworzy stosunek pracy. Najistotniejszym następstwem powstania stosunku pracy jest to, że za błędy pracownika odpowiada pracodawca. Oznacza to, że w razie wytoczenia powództwa związanego z błędem medycznym pracownika etatowego to pracodawca (szpital, przychodnia) pokryje koszty odszkodowania, jeżeli zostanie ono zasądzone¹. W przypadku umów cywilnoprawnych odpowiedzialność lekarza i podmiotu leczniczego najczęściej wynika z treści umowy i jest regulowana przez strony tej umowy.

Po drugie, umowa o pracę ma określone prawnie następstwa. Oznacza to, że poprzez sam fakt jej zawarcia pracownikowi przysługują określone uprawnienia (np. urlopy pracownicze). W przypadku umów cywilnoprawnych to strony decydują o ich treści i o posiadanych przez siebie uprawnieniach² – mogą je więc korzystnie dla siebie ustalać.

Podsumowując, umowy o pracę są bezpieczniejsze, z kolei umowy cywilnoprawne dają większą elastyczność i możliwość negocjacji poszczególnych ich postanowień.

NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ?

Mając przed sobą dokument umowy cywilnoprawnej, należy szczególnie

uważnie przeczytać przepisy dotyczące odpowiedzialności za udzielane świadczenia zdrowotne, nakładania kar umownych, praw i obowiązków stron umowy, a także zakazu konkurencji. To właśnie w nich kryje się z reguły najwięcej pułapek dla lekarza.

Im bardziej skomplikowana umowa, tym pewniejszy kłopot w razie zaistnienia sprawy sądowej.

KIEDY NIE PODPISYWAĆ UMOWY?

Można napisać wiele o tym, jakich postanowień należy się wystrzegać. Warto zwrócić uwagę na trzy kwestie, które powinny skłonić do refleksji nad tym, czy warto daną umowę podpisywać.

Po pierwsze, niezrozumiała treść umowy. Jeżeli nie rozumiesz treści umowy, wydaje się ona skomplikowana, zagramatwana lub niejasna, to jej nie podpisuj. Im bardziej skomplikowana umowa, tym pewniejszy kłopot w razie zaistnienia sprawy sądowej. Z reguły skomplikowanie treści umowy wynika z nieumiejętności jasnego wyrażenia myśli lub chęci ukrycia niekorzystnych dla jednej ze stron rozwiązań.

Po drugie, wysokie kary umowne. Znam bardzo wiele przypadków, w których lekarze dosłownie stanęli na krawędzi bankructwa, bo nie zdawali sobie sprawy z konsekwencji podpisania umowy, w której były bardzo wysokie kary umowne.

Po trzecie, zobowiązanie do przestrzegania regulaminów bądź przepisów wewnętrznych, których nie pokazano przed podpisaniem umowy. Jeżeli w umowie zobowiązujesz się do przestrzegania „regulaminu przyjmowania pacjentów w przychodni X”, to powinieneś go dostać przed podpisaniem umowy, żeby się z nim zapoznać. Jeżeli go nie dostałeś, to być może zobowiązujesz się do czegoś, do czego nie jesteś w stanie bądź nie chcesz się zobowiązać (w jednym z regulaminów znalazłem takie sformułowanie: „Lekarz jest zobowiązany do przyjmowania postawy, która gwarantuje zadowolenie pacjenta z wizyty” – czy jesteś w stanie zawsze sprawić, że pacjent będzie zadowolony z wizyty?). Za wszelką cenę unikaj zobowiązywania się do przestrzegania przepisów, zasad czy regulaminów, których nie znasz.

Oczywiście to nie wszystkie pułapki, które mogą kryć się w umowie i jej poszczególnych zapisach. Żeby maksymalnie minimalizować ryzyko zawarcia niekorzystnej umowy, warto przed jej podpisaniem skonsultować treść umowy z doświadczonym w sprawach medycznych radcą prawnym lub adwokatem. Podobnie jak lek, który niewłaściwie stosowany, może wyrządzić więcej szkody niż pożytku, tak umowa, która nie jest skonsultowana z radcą prawnym lub adwokatem, może zaszkodzić lekarzowi poprzez całkiem niewinnie brzmiący przepis. ■

¹ Art. 119 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm.) przewiduje, że pracodawca może żądać od pracownika, który spowodował szkodę, odszkodowania, jednakże nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody.

² Choć czasem przepisy precyzują, co musi w danej umowie cywilnoprawnej się znajdować – np. art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.), który precyzuje wymogi umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej w trybie zamówienia publicznego.

Produkty lecznicze terapii zaawansowanej w Polsce,

czyli gdy komórki stają się lekiem

Komórki są stosowane w medycynie od wielu lat – w formie niezmienionej jako przeszczepy. Dzięki biotechnologii możliwe stały się precyzyjna izolacja i namnażanie komórek, a także ich modyfikacje funkcjonalne.

Dr n. biol. **Tomasz Ołdak**

Przekonano się, że nie zawsze należy oczekiwać tradycyjnego mechanizmu działania polegającego na wbudowaniu się komórek w uszkodzoną tkankę, ale raczej na korzystnej zmianie metabolizmu pacjenta dzięki wydzielniczej działalności komórek. Jakkolwiek kwestia stosowania terapii komórkowych w Polsce jest dobrze uregulowana, to warto zwrócić uwagę na często pomijane kwestie formalne. Nieświadomość w tym względzie może być przyczyną problemów medycznych, etycznych i prawnych.

Dążąc do opracowania optymalnego produktu, dość szybko zostaje przekroczona linia dzieląca dwa systemy prawa medycznego: obszaru medycyny transplantacyjnej (przeszczepienia i tzw. zastosowanie u ludzi) i obszaru produkcji farmaceutycznej. Każdy preparat komórkowy, który był przed zastosowaniem klinicznym poddany tzw. istotnej manipulacji (np. przez namnażanie), staje się produktem leczniczym terapii zaawansowanej (Advanced Therapy Medicinal Product, ATMP). Koniecznie należy zwrócić uwagę, że w pewnych okolicznościach ATMP stają się także komórki niemanipulowane – gdy ich zastosowanie nie jest homologiczne, tj. gdy po podaniu będą spełniać inną niż ich pierwotna, funkcję.

Ta różnica ma daleko idące skutki dla producenta, który wytwarza lek w reżimie Dobrej Praktyki Wytwarzania pod nadzorem Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF). Dla lekarza ta zmiana oznacza, że podając ATMP, musi brać pod uwagę kwestie związane z jego dopuszczeniem do obrotu – jak leku, a nie przeszczepu.

ATMP można stosować jako:

- zarejestrowane produkty przez Europejską Agencję Leków (EMA). Produkty te

można podawać zgodnie ze wskazaniem rejestrowym we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej. Przykładem takiego leku jest darwadstrocel (namnożone mezenchymalne komórki macierzyste z tkanki tłuszczowej) wytwarzany przez jeden z globalnych koncernów farmaceutycznych;

- ATMP w badaniu klinicznym, które ma na celu wykazanie bezpieczeństwa i skuteczności komórek w leczeniu konkretnej choroby (mowa wówczas o ATIMP Advanced Therapy Investigational Medicinal Product);

o tyle procedura wyjątku szpitalnego budzi niezrozumienie. Bywa, że traktuje się ją jako niedoskonałe badanie kliniczne. Jest to podejście niewłaściwe. Istnienie ATMP-HE to sposób, aby lekarz, kierując się dobrem pacjenta, po przeprowadzeniu analizy ryzyka i potencjalnych korzyści, mógł mu zaproponować terapię, która da mu dodatkową szansę na powrót do zdrowia lub na złagodzenie skutków choroby.

Dla lekarza dobro pacjenta jest wartością nadrzędną – dla tego celu nieraz sięga się do niekonwencjonalnych działań. Warto przy tym

ZESTAWIENIE PROCEDUR TERAPII KOMÓRKOWYCH

Procedura	Akty prawne	Cel procedury	Akceptacja procedury	Akceptacja produktu
przeszczepienie lub zastosowanie u ludzi	Ustawa Transplantacyjna	terapia pacjenta	Poltransplant	KCBTiK*
zarejestrowane ATMP stosowane zgodnie ze wskazaniem	Prawo Farmaceutyczne, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty	terapia pacjenta	EMA	EMA
ATMP stosowane poza wskazaniem rejestrowym	Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty	terapia pacjenta	Komisja bioetyczna, odpowiedzialność lekarza	EMA
ATIMP	Prawo Farmaceutyczne	zdobycie danych o produkcie	Komisja bioetyczna Urząd Rejestracji Leków	GIF
ATMP HE	Prawo Farmaceutyczne, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty	terapia pacjenta	Komisja bioetyczna	GIF

*Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek

- dopuszczone do obrotu jako tzw. wyjątki szpitalne (Hospital Exemption, ATMP-HE). To specjalna procedura, szczegółowo opisana w polskich i unijnych przepisach, polegająca na podaniu indywidualnie przepisanego i wytworzonego dla konkretnego pacjenta leku komórkowego. Lekarz jest zobowiązany do zasięgnięcia opinii odpowiedniej komisji bioetycznej. Przykładem takiego leku jest WJ-MSK (namnożone mezenchymalne komórki macierzyste ze sznura pępowiny) – wytwarzane przez PBKM.

O ile dwie pierwsze procedury są tożsame z procedurami stosowania „zwykłych” leków,

pamiętać, że dla terapii komórkowych istnieją dobre uregulowane w prawie tryby jej stosowania – także w przypadku terapii eksperymentalnych.

Problemem są nieuregulowane procedury leczenia różnymi preparatami o nieznannej charakterystyce i stosowane poza zewnętrzną kontrolą. Takie praktyki mają miejsce jednak głównie poza polskim systemem prawnym. Jeszcze inną praktyką jest stosowanie terapii wytwarzanych w procedurach jednodniowych, „przy łóżku pacjenta”, gdy podawany jest produkt „wytwarzany” przez mniej lub bardziej zaawansowane urządzenie medyczne. ■

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



Czas i magia symboli

– wzburzony powstań ludu ziemi



Andrzej Cisto
wiceprezes NRL

Tytuł jest refleksyjny. Bardziej rzeczywistość oddaje podtytuł, ale z czystej poprawności politycznej nie wypada używać w tytule tawelacji słusznie minionego hasła. Ale to jeden wielki symbol – po tylu latach nie możemy porzucić rozwiązywania problemów inaczej niż w drodze jakiejś walki.

Spór jest rzeczą ludzką. Ale ciągła walka? Wzburzeni jesteśmy zapewne brakiem perspektyw odmiany w traktowaniu naszych problemów. Na chłopski nawet rozum, po takim twardym doświadczeniu jak kolejne fale pandemii, środowiska, które stawiały jej dzielnie czoła, zasługują przynajmniej na niedokładanie obciążeń.

Ignorowania stomatologii w oficjalnych strategiach rządowych do wiadomości nie przyjmujemy. Ostrzegamy, że to droga donikąd i trzeba z niej zawrócić. Nie da się dalej oczekiwać opieki nad pacjentami bez korekty jej wyceny. Jeśli zaś wycenę świadczeń publicznych ma przeprowadzać Agencja Taryfikacji, to potraktujmy to jako szansę wliczenia wreszcie do wyceny kosztów czynszu, amortyzacji, mediów czy zarządu. Ale zadbajmy, aby Agencja miała co przeliczać. Jeśli padnie wezwanie w stronę indywidualnych praktyk o przekazanie danych dotyczących kosztów udzielania świadczeń – przekazmy je. Inaczej wycena obciążona może być dużym błędem.

A nasze „powstanie wzburzonych” zaznaczymy 11 września w Warszawie podczas protestu. Wracając do symboli: następnym w rankingu niech będzie wyraźnie zarysowane ryzyko ostatecznego zerwania z modelem ubezpieczenia opartym na wyraźnym zdefiniowaniu roli płatnika. Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia przewiduje bowiem, że NFZ stałby się zarówno instytucją płaćcą za świadczenia, ale i oceniającą je w procesie autoryzacji i akredytacji, co ewidentnie kłóci się z zasadą równouprawnienia stron umowy cywilnej, jaką teoretycznie cały czas jest kontrakt z Funduszem. Zatoczyliśmy koło i po 20 latach wracamy do systemu stricte centralistycznego. Nawet propozycja obniżki (wskutek oporu wobec „Polskiego Ładu”) stawki składki zdrowotnej z 9 proc. na 3 proc. nie wywołała większej dyskusji, choć to jasne, że brakujące 6 proc. NFZ musiałaby otrzymać z budżetu.

Pisząc o sprawach naszego środowiska stomatologicznego, nie sposób nie zaznaczyć naruszenia dość symbolicznej granicy. Byliśmy postrzegani jako grupa o w miarę jednolitym profilu oczekiwań: dać nam żyć jako przedsiębiorcom, nie przepełniać rynku, wesprzeć naturalny pęd do samokształcenia, a tym, którzy mają umowę z NFZ, godziwie zapłacić. Tymczasem na zbyt chyba wielu płaszczyznach dochodzi do rozejścia się interesów wewnątrz środowiska. Na

Ignorowania stomatologii w oficjalnych strategiach rządowych do wiadomości nie przyjmujemy. Ostrzegamy, że to droga donikąd i trzeba z niej zawrócić.

przełomie roku mieliśmy dość ostry spór ze środowiskami pracodawców poradni stomatologicznych o sens sprzeciwu NRL wobec przyjmowania lekarzy spoza UE, teraz mamy do czynienia z próbami podważania jednolitego charakteru studiów stomatologicznych, padają też propozycje odrębnych kontraktów z NFZ zawieranych na etat higienistki. Oczywiście, w różnorodności poglądów nie ma nic złego. Jednakże angażuje ona czas na uzgadnianie stanowisk. Warto po prostu odnotować tę jakościową zmianę.

Pozwolę sobie też na osobisty symboliczny wątek i wspomnę, że tegoż 11 września, w którym to dniu umawiamy się na protest, minie dokładnie 20 lat od dnia, kiedy wybrano mnie pierwszy raz jako delegata na okręgowy zjazd. Data symboliczna, bo stało się to trzy godziny po tym, jak w Nowym Jorku runęły wieże. Koincydencji tej używałem przez lata, tłumacząc swoim adwersarzom, że to musiało tak zażyć i aby mej miejscami żarliwej niezgody na zastaną sytuację nie odbierali tak osobiście. Czy to działało? Nie wiem, ale magię symboliki tego dnia wspominam do dziś. ■

Zgłoś uwagi WHO

Rozpoczęły się konsultacje projektu globalnej strategii WHO dotyczącej zwalczania chorób jamy ustnej. Do piątku 17 września można przysyłać e-mailem swoje opinie.

WHO opracowała wstępną wersję globalnej strategii 2022 dotyczącej zwalczania chorób jamy ustnej do publicznej dyskusji, zanim zostanie ona przedstawiona

na 150. sesji Rady Wykonawczej WHO, zaplanowanej na 24-29 stycznia 2022 r.

Konsultacje te dają możliwość przedstawienia uwag na temat m.in. zasad przewodnich i celów strategicznych, które powinny sterować globalną reakcją na problemy zdrowia jamy ustnej w ramach programów chorób niezakaźnych (NCD) i powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego



Szczegóły
dotyczące
głosowania

(UHC). Projekt globalnej strategii zawiera także podsumowanie ról, jakie różne zainteresowane strony powinny odgrywać we wdrażaniu strategii. ■

Źródło: fdiworlddental.org; who.int

Utrata zębów a demencja



Utrata zębów jest czynnikiem ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych i demencji. Z każdym utraconym zębem ryzyko pogorszenia funkcji poznawczych rośnie – przekonują amerykańscy naukowcy z New York University Rory Meyers College of Nursing, publikując w „JAMDA” wyniki swoich analiz („Medycyna opieki ostrej i długoterminowej”).

Jak zauważają, ryzyko nie było znaczące wśród starszych osób dorosłych używających protez, co sugeruje, że wczesne zastosowanie leczenia protetycznego może chronić seniorów przed pogorszeniem się ich funkcji poznawczych.

– Biorąc pod uwagę ogromną liczbę osób, u których co roku diagnozuje się chorobę Alzheimera i demencję, a także możliwości poprawy zdrowia jamy ustnej, ważne jest, aby lepiej zrozumieć związek między złym stanem zdrowia jamy ustnej a pogorszeniem funkcji poznawczych – mówi dr Bei Wu, dziekan wydziału ds. zdrowia globalnego w NYU Rory Meyers College of Nursing i współdyrektor NYU Aging Incubator, a także starszy autor badania.

Wu i jej współpracownicy przeprowadzili metaanalizę, korzystając z badań dotyczących utraty zębów i upośledzenia

funkcji poznawczych. W 14 badaniach uwzględnionych w ich analizie wzięło udział łącznie 34 074 dorosłych i 4689 przypadków osób z obniżoną funkcją poznawczą. Naukowcy odkryli, że dorośli z większą utratą zębów mieli o 1,48 razy większe ryzyko rozwoju zaburzeń poznawczych i o 1,28 razy większe ryzyko demencji (nawet po uwzględnieniu innych czynników). Dorośli z brakami w uzębieniu byli bardziej narażeni na zaburzenia funkcji poznawczych, jeśli nie mieli protez (23,8 proc.) w porównaniu z osobami je posiadającymi (16,9 proc.). Dalsza analiza wykazała, że związek między utratą zębów a upośledzeniem funkcji poznawczych nie był istotny, gdy uczestnicy używali protez zębowych.

– Nasze odkrycia podkreślają znaczenie utrzymania dobrego zdrowia jamy ustnej i jego rolę w zachowaniu funkcji poznawczych – podkreśla dr Wu. ■

Źródło: sciencedaily.com

I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Geriatrycznej

Polskie Towarzystwo Stomatologii Geriatrycznej we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie zaprasza lekarzy dentyków z całej Polski na I Konferencję Naukowo-Szkoleniową Stomatologii Geriatrycznej, która odbędzie się 25 września (on-line).

Konferencja jest bezpłatna. Za udział można otrzymać sześć punktów edukacyjnych.

Źródło: izba-lekarska.pl

STOMATOLOGIA

„Zdrowa przyszłość” nie dla zębów

Projekt Rządowej Strategii Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027 z perspektywą do 2030 r. pt. „Zdrowa przyszłość” był długo wyczekiwany przez środowisko lekarskie. Dokument ten ma być integralną częścią Krajowego Planu Odbudowy, jednak już na starcie budzi ogromne kontrowersje. Szczególnie wśród lekarzy dentystów.

Lucyna Krysiak dziennikarz

Choć projekt ma charakter strategiczny i wydawałoby się, że powinien obejmować całość lecznictwa, całkowicie pominięto w nim stomatologię. To niedopatrzenie czy celowe działanie zmierzające do zmarginalizowania jej roli w systemie opieki zdrowotnej?

GLÓDOWE KONTRAKTY

Lekarze dentyści uważają, że nieuwzględnienie stomatologii w dokumencie „Zdrowa przyszłość” jest zamierzone i tylko potwierdza prowadzoną od dłuższego czasu politykę zepchnięcia tej grupy zawodowej do roli prywatnych usługodawców, których firmy działają na takich samych zasadach jak innych przedsiębiorców na rynku. Obecnie, m.in. poprzez kontraktowanie świadczeń dentystycznych z NFZ, stomatologię szkolną czy realizację programów profilaktycznych, w znaczącym stopniu mają oni wpływ na stan zdrowia Polaków.

– Jeśli rządowa agenda przygotowuje liczący 237 stron dokument na temat przyszłości ochrony zdrowia kraju i nie ma tam ani słowa o stomatologii, to wyraźny sygnał, że to działanie zmierzające do pozbycia się tzw. państwowej części wykonywanych przez nas usług. Sprzyja temu fakt, że stomatologia jest w przeważającej części sprywatyzowana i zawierane są kontrakty z NFZ w ramach praktyki prywatnej. W przeszłości już rozważano, aby usługi dentystyczne w ramach NFZ ograniczyć do dzieci,

osób starszych i kobiet w ciąży, ale nikt nie miał odwagi podjąć decyzji w tej sprawie. Obecnie jednak wszystko ku temu zmierza – tłumaczy Anita Pacholec, sekretarz Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jednocześnie należy podkreślić, że 40 proc. Polaków w wieku senioralnym jest bezzębna, a 80 proc. dzieci w wieku szkolnym ma przynajmniej cztery zęby zajęte próchnicą. Co na to rządowa strategia? – Polacy nie są zamożnym społeczeństwem i nie stać ich na wyłącznie

O tym, że proces marginalizowania stomatologii toczy się już od jakiegoś czasu, świadczy poziom finansowania kontraktów z NFZ (2 proc. ogólnych nakładów Funduszu na ochronę zdrowia).

prywatne leczenie zębów, czego potwierdzeniem są pacjenci przyjmowani w ramach kontraktu z NFZ z bardzo zaniedbanym uzębieniem. Dlatego próby wyłączenia nas z uspołecznionego sektora świadczenia usług dentystycznych będą katastrofalne w skutkach i jeszcze bardziej oddali to nas od cywilizowanych krajów Europy, gdzie stomatologia stoi bardzo wysoko – ostrzega Anita Pacholec.

O tym, że proces marginalizowania stomatologii toczy się już od jakiegoś czasu, świadczy poziom finansowania kontraktów z NFZ (2 proc. ogólnych nakładów Funduszu na ochronę zdrowia). – Kontrakt, w którym ekstrakcję zęba NFZ wycenia na 20 zł, nie może być rentowny, ale podpisujemy go, ponieważ większość gabinetów stomatologicznych żyje na kredyt, spłaca unity, sprzęt diagnostyczny, musi opłacać wysokie czynsze i potrzebuje stałego, nawet minimalnego dochodu, który daje gwarancję utrzymania praktyki. Większość z nas pracuje jednak też poza kontraktem, a więc na drugim etapie, ponieważ z samej współpracy z NFZ się nie wyżyje – zaznacza Anita Pacholec.

Liczba umów zawieranych przez stomatologów z NFZ spada. W 2021 r. w stosunku do 2010 r. zmalała ona o 35,9 proc. W tym samym czasie liczba świadczeniodawców zmniejszyła się o 35,2 proc. W krótszej perspektywie (2021 r. do 2020 r.) liczba umów i świadczeniodawców spadła o 7,6 proc. Taki sam trend dotyczy okresu od 2021 r. do 2019 r., kiedy odnotowano spadek liczby umów o 15,2 proc. i świadczeniodawców o 11,5 proc. Decydują o tym warunki finansowe oferowane przez płatnika.

NACZYNNIA POŁĄCZONE

W każdym cywilizowanym społeczeństwie stomatologia jest częścią systemu opieki zdrowotnej i nie chodzi tylko o leczenie zębów. Lekarz dentysta staje się lekarzem pierwszego kontaktu w sprawach wczesnej diagnostyki chorób jamy



ustnej, głównie nowotworów. Jest także ogniwem łączącym pacjenta z lekarzami innych specjalności, bo przecież większość chorób ma swój początek w jamie ustnej i od stanu uzębienia zależy, czy w organizmie rozwiną się np. choroby sercowo-naczyniowe będące główną przyczyną śmierci wśród Polaków. Ta zasada działa także w drugą stronę.

Dostrzegając te współzależności, Naczelna Izba Lekarska zainaugurowała akcję „Zdrowe zęby ratują życie”. Podczas konferencji, która rozpoczęła kampanię w czerwcu w Łodzi uczestniczący w niej prof. Mariusz Szuta, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej, przypomniał, że 60-70 proc. pacjentów z rakiem jamy ustnej kierowanych jest do leczenia onkologicznego właśnie przez stomatologów i rola tych lekarzy, jeśli chodzi o wczesną diagnozę choroby nowotworowej, jest tutaj kluczowa. W jego ocenie należy dążyć do upowszechnienia rozwiązań systemowych sprzyjających temu, aby zachęcać Polaków do regularnych wizyt w gabinecie stomatologicznym, gdzie lekarz profesjonalnie oceniłby błonę śluzową. To ważne, gdyż patologiczne zmiany w jamie ustnej przez długi okres mogą być nieme. Tymczasem zaledwie w ciągu kilku miesięcy od pojawienia się jawnych oznak choroby może dojść do zmian, które uniemożliwiają leczenie chirurgiczne. Wówczas bywa, że dalsza terapia ma na celu jedynie spowolnienie rozwoju choroby.

Uczestniczący w konferencji prof. Tomasz Guzik, kardiolog, kierownik

Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi CM UJ w Krakowie, podkreślał, jak ważny jest stan zdrowia jamy ustnej dla prawidłowego funkcjonowania organizmu oraz jak choroby, m.in. przewlekłe, wpływają na stan uzębienia. Jama ustna, choćby ze względu na wysokie ukrwienie tkanki, stanowi wrota dla patogenów przenikających do całego organizmu. Jest miejscem, gdzie szybko następuje rozwój stanu zapalnego, a jego związek z chorobami układu krążenia jest niepodważalny (np. intensywne leczenie zapalenia przyzębia obniża zbyt wysokie ciśnienie krwi, pozwalając uniknąć wprowadzenia leków).

W jamie ustnej manifestują się objawy kliniczne wielu chorób, m.in. zaburzenia hematologiczne i choroby szpiku kostnego. Uczestniczący w konferencji w Łodzi dr Paweł Grzesiowski, ekspert NRL, zaznaczył rolę stomatologów w profilaktyce chorób jamy ustnej. Przypomniał o zakaźnym i przewlekłym charakterze próchnicy, którą często rodzice nieświadomie zarażają swoje dzieci (udowodniono, że bakterie, które wyhodowali w swojej jamie ustnej dorośli, pojawiają się u ich potomstwa już w niemowlęctwie). Regularne wizyty u stomatologa i szeroko zakrojona edukacja w tym zakresie mogą temu zapobiec.

CO DALEJ, STOMATOLOGIO?

Andrzej Cisko, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL uważa, że wykluczenie stomatologii

z tak ważnego strategicznie projektu, jakim jest „Zdrowa przyszłość”, niesie za sobą ryzyko ograniczenia w dostępności do usług stomatologicznych najmniej zamożnych warstw społeczeństwa, a także pogłębi istniejące już trudności w specjalizowaniu się lekarzy dentystów.

– Niedofinansowanie świadczeń publicznych, czyli kontraktów z NFZ, i brak nakładów na szkolenia specjalizacyjne będą miały swój negatywny ciąg dalszy. Rządzący nie mają wizji co do przyszłości stomatologii. Nie wiedzą, jakie miejsce powinna zajmować w systemie ochrony zdrowia i jak powinna być finansowana – mówi Andrzej Cisko. Na potwierdzenie swoich opinii przytacza dane z ostatnich 13 lat, które wskazują, że w tym czasie nie zdarzyło się, żeby nakłady na stomatologię były wyższe niż w roku poprzednim. Dla przykładu: w 2008 r. sięgały one blisko 4 proc., a obecnie udział stomatologii w planie finansowym NFZ spadł poniżej 2 proc.

Problemy są też w kształceniu specjalizacyjnym. Stomatolodzy stanowią 23 proc. ogółu korporacji lekarskiej, ale otrzymują tylko 2 proc. miejsc rezydentów umożliwiających im podjęcie kształcenia specjalizacyjnego. – To odbija się na opiece stomatologicznej, liczbie gabinetów, które mają zakontraktowane świadczenia stomatologiczne, na podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, ale najbardziej na zdrowiu pacjentów – konkluduje Andrzej Cisko. ■

BIULETYN

NR 4 (204)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, VI 2021

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

**UCHWAŁA Nr 10/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie zatwierdzenia sprawozdania
finansowego i zatwierdzenia wykonania
budżetu oraz przeznaczenia zysku
Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2020**

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) oraz art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217) uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Zatwierdza się sprawozdanie finansowe Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2020, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 38 954 758,05 zł.
2. Sprawozdanie finansowe stanowi załącznik Nr 1 do uchwały.
3. Zatwierdza się wykonanie budżetu Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 2020, które zamyka się sumą bilansu (po stronie aktywów i pasywów) w kwocie 38 954 758,05 zł.
4. Postanawia się przeznaczyć zysk netto za rok 2020 w kwocie 3 941 312,11 zł na fundusz rezerwowy (fundusz rezerwowany na cele remontowo-inwestycyjne).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski PREZES
Andrzej Matyja

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

**UCHWAŁA Nr 11/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie przeznaczenia środków
na remont siedziby Naczelnej Izby
Lekarskiej oraz upoważnienia do
zawarcia umowy na przeprowadzenie
remontu**

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.

1. Przeznaczyć z funduszu remontowo-inwestycyjnego środki finansowe w kwocie do 1 miliona złotych brutto na remont siedziby Naczelnej Izby Lekarskiej – pomieszczeń Ośrodka Doskonalenia Zawodowego.
2. Upoważnić Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do:
 - 1) wyboru wykonawcy remontu, o którym mowa w ust. 1, oraz
 - 2) upoważnienia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyji i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy z wybranym przez Prezydium wykonawcą.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 12/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.**

**w sprawie upoważnienia do zawarcia
umowy na modernizację i wyposażenie
audio-wideo części szkoleniowej
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, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej – Andrzeja Matyję i Skarbnika Naczelnej Rady Lekarskiej – Grzegorza Mazura do zawarcia umowy na modernizację i wyposażenie audio-wideo części szkoleniowej Naczelnej Izby Lekarskiej do kwoty 660.000 złotych brutto (słownie: sześćset sześćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 13/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie zwołania XV Krajowego Zjazdu
Lekarzy**

Na podstawie art. 37 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1.

Zwołuje się XV Krajowy Zjazd Lekarzy, zwany dalej „Zjazdem”, w dniach 12-14 maja 2022 r. w Warszawie.

§ 2.

Zorganizowanie Zjazdu powierza się Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w tym upoważnia się Prezydium NRL do wskazania miejsca obrad XV Krajowego Zjazdu Lekarzy i do zawarcia z wybranym hotelem umów o usługi noclegowe, konferencyjne i wyżywienie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski PREZES
Andrzej Matyja

**UCHWAŁA Nr 14/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie przyznania stypendiów
Naczelnej Rady Lekarskiej**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 5 pkt 19 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965) w zw. z pkt. 12 załącznika nr 3 do Regulaminu przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej stanowiącego załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r., w brzmieniu

określonym w załączniku do obwieszczenia Nr 1/19/VIII Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały Nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r. w sprawie utworzenia funduszu stypendiów dla lekarzy i lekarzy dentyistów w celu doskonalenia zawodowego oraz regulaminu przyznawania stypendiów uchwala się, co następuje:

§ 1.

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

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

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

**UCHWAŁA Nr 15/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie utworzenia Ogólnopolskiego
Porozumienia Samorządów Zawodów
Zaufania Publicznego**

Na podstawie art. 5 pkt 2, 20 i 21 w związku z art. 39 ust. 1 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Wyraża się zgodę na podpisanie przez Naczelną Izbę Lekarską porozumienia z innymi samorządami zawodów zaufania publicznego w sprawie utworzenia Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, którego zadaniem będzie wymiana poglądów, doświadczeń oraz współdziałanie samorządów zawodowych wobec podmiotów władzy publicznej, opinii społecznej w sprawach istotnych dla samorządów i ich członków.

§ 2.

Upoważnić Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję do ustalenia szczegółów porozumienia i podpisania w imieniu Naczelnej Izby Lekarskiej porozumienia, o którym mowa w § 1.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 5/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie zmiany terminu wdrożenia art.
16rc ustawy o zawodach lekarza
i lekarza dentyisty**

Naczelna Rada Lekarska postuluje podjęcie działań na rzecz wcześniejszego wdrożenia przepisu art. 16rc ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, dotyczącego terminu publikowania bazy pytań testowych w zakresie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Zmiany w tym zakresie zostały wprowadzone ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 790). Zgodnie z uzasadnieniem nowelizacji tej ustawy, odbywanie specjalizacji i Państwowy Egzamin Specjalizacyjny miały stać się bardziej przyjazne dla lekarzy. Temu celowi będą służyć zapisy zawarte w art. 16rc, ust. 4a-9. Określają one obowiązki nałożone na Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w zakresie publikowania bazy pytań testowych, przygotowania testów składających się w 70% z pytań z bazy i w 30% z nowych pytań, a także publikowania zakresu merytorycznego Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Przepisy te mają wejść w życie z dniem 31 grudnia 2022 r. W opinii Naczelnej Rady Lekarskiej jest to termin zbyt odległy, szczególnie jeśli uwzględni się, że zdecydowana większość pozostałych przepisów tej nowelizacji ustawy, w stosunku do których ustalono *vacatio legis*, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. Biorąc pod uwagę powyższe, Naczelna Rada Lekarska postuluje podjęcie działań na rzecz wcześniejszego wdrożenia przytoczonych przepisów art. 16rc. Przyjęcie takiego rozwiązania z pewnością przyczyni się do usprawnienia przygotowania lekarzy i lekarzy dentyistów do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz lepszej standaryzacji egzaminów, przy jednoczesnym zachowaniu ich właściwego poziomu merytorycznego.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 6/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie sytuacji samodzielnych
publicznych zakładów opieki zdrowotnej
po wyroku Trybunału Konstytucyjnego**

Naczelna Rada Lekarska wyraża głębokie zaniepokojenie sytuacją samodzielnych publicznych

zakładów opieki zdrowotnej po utracie mocy obowiązującej art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, którego niezgodność z Konstytucją RP została stwierdzona wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. w sprawie K 4/17. W wyroku tym Trybunał Konstytucyjny uznał, że wadliwe regulacje ustawowe powodują, że nie są pokrywane wszystkie wydatki SPZOZ, mimo że nałożono na nie przepisami obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych. Wadliwość ta ma charakter zarówno ilościowy (NFZ nie płaci za wszystkie świadczenia), jak i jakościowy – NFZ płaci mniej, niż wynosi rzeczywisty koszt świadczeń realizowanych zgodnie z wymogami ustawodawcy, co wynika zarówno z coraz to nowych przepisów zwiększających wymagania ściśle medyczne stawiane placówkom, jak i dotyczących ogółu przedsiębiorców. Prowadzą one do powiększania zobowiązań SPZOZ bez zwiększenia środków finansowych na ich działalność.

NRL stoi na stanowisku, że konieczne jest pilne podjęcie prac nad rozwiązaniem tego problemu, opierając się na realnej wycenie kosztów świadczeń zdrowotnych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 7/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
w sprawie nowych obowiązków
związanych z elektroniczną
dokumentacją medyczną**

Naczelna Rada Lekarska z niepokojem obserwuje sytuację, w której określony w art. 56 ust. 2a i 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (dalej: u.s.i.o.z.) obowiązek rozpoczęcia wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) oraz raportowania zdarzeń medycznych od dnia 1 lipca br. jest niemożliwy do wykonania przez wiele placówek ochrony zdrowia, a mimo to resort zdrowia nie podejmuje działań zmierzających do odroczenia tego obowiązku. Naczelna Rada Lekarska uważa, że wszelkie zmiany przepisów prowadzące do powstania nowych obowiązków po stronie placówek medycznych muszą być poprzedzone okresem przygotowawczym, w trakcie którego podmioty, do których adresowany jest przepis, winny dostosować się do nowych, ale znanych sobie wymogów. Warunek, aby nowe wymogi były dostatecznie doprecyzowane i znane odpowiednio wcześniej, powinien dotyczyć zwłaszcza obowiązków

wdrożenia nowych technologii czy rozwiązań informatycznych, które zawsze wymagają odpowiedniego przygotowania.

Ten warunek nie jest spełniony w przypadku wdrożenia wymiany EDM i raportowania zdarzeń medycznych (tj. przekazywania ich do Systemu Informacji Medycznej). Wybór oprogramowania niezbędnego do wykonania tych zadań jest poważną, skutkującą na wiele lat decyzją, dlatego placówki medyczne muszą mieć czas na dokonanie wyboru oprogramowania, a świadomy wybór winien być dokonywany na podstawie istniejących, ostatecznych wersji oprogramowania. Tymczasem duża część dostawców dopiero teraz dostosowuje swoje aplikacje gabinetowe do nowych zadań. Nie były również odpowiednio wcześniej dostępne kompletne uregulowania dotyczące wymiany EDM zawarte w wydawanych na podstawie art. 8b u.s.i.o.z. „minimalnych wymaganiach dla systemów usługodawców”. W rezultacie 7 czerwca 2021 r. największe stowarzyszenie zrzeszające twórców oprogramowania, czyli STORM, przekazało Ministerstwu Zdrowia oświadczenie mówiące o braku gotowości sporej części dostawców oprogramowania do zaplanowanego na 1 lipca br. wdrożenia wspomnianych powyżej dwóch obowiązków.

Placówki medyczne nie otrzymały również wystarczającego wsparcia procesu inwestycyjnego niezbędnego do wdrożenia tych nowych funkcjonalności. Dotacje inwestycyjne udzielane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczą głównie placówek POZ. Pozostałym placówkom dedykowane były dotacje w 2019 r., jednakże nie wszystkie placówki medyczne były wówczas gotowe do dokonania zakupu. Obecnie, wsparciu podlegają inwestycje podmiotów wybranych do programu pilotażowego, jednak wsparcie to nie ma charakteru powszechnego. Na wsparcie inwestycji w zakup sprzętu i oprogramowania nie mogły dotychczas liczyć placówki nierealizujące umowy z NFZ, tymczasem cyfryzacja dokumentacji medycznej jest procesem powszechnym i taki też powinien być zakres podmiotowy oferowanego wsparcia. Dodatkowo nie można zapominać, że wdrożenie tak dużej reformy wiąże się nie tylko z wydatkami na zakup sprzętu informatycznego, oprogramowania, jego utrzymanie i aktualizację, ale także ze znacznym obciążeniem pracą personelu placówek medycznych, co rzutuje na koszty udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Niestety nie znalazło to odzwierciedlenia w wycenie świadczeń ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wymagana przez ustawodawcę od 1 lipca 2021 r. wymiana EDM oparta jest o dwa związane ze

sobą elementy, takie jak: przechowywanie wytworzonej EDM, do czego potrzebne jest repozytorium, i zgodę pacjenta na jej udostępnienie innym placówkom medycznym.

Samorząd lekarski od dawna wskazuje, że bez repozytorium (czyli dostępnych w systemie całodobowym przestrzeniach dyskowych, skąd po upoważnieniu dokonanych przez pacjenta podmiot przejmujący leczenie będzie mógł je pobrać) wymiana danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej nie jest możliwa, tymczasem obowiązek organizacji repozytorium przez usługodawców nie jest określony w ustawie. Wiadomo, że jeśli dokumentacja wytworzona w jednym podmiocie ma być udostępniona drugiemu podmiotowi, musi istnieć miejsce, z którego to udostępnienie ma nastąpić. Biorąc pod uwagę fakt, że zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentację medyczną przechowuje się co do zasady przez okres 20 lat, zasadne jest pytanie o to, kto pokryje koszty rosnących kosztów funkcjonowania rozproszonych repozytoriów, przy założeniu, że koszty te będą powiązane są z faktem, że przez 20 lat liczba dokumentów będzie lawinowo narastać. Dlatego też samorząd lekarski wielokrotnie postulował stworzenie dla zainteresowanych placówek medycznych możliwości skorzystania z repozytoriów zbudowanych ze środków publicznych w oparciu o platformy regionalne. Spotkało się to zresztą z akceptacją podczas tworzenia dokumentu „Strategia dla eZdrowia na lata 2021-2025”.

W dniu 23 czerwca 2021 r. w czasie Podkomisji Zdrowia ds. organizacji ochrony zdrowia i innowacji w medycynie przedstawiciel Ministra Zdrowia – Podsekretarz Stanu Anna Goławska zadeklarowała rozważanie przez Ministerstwo rozwiązań, które pozwolą placówkom dostosować się poprzez jakąś formę dofinansowania. Odnosząc się do sprawy repozytoriów, Ministerstwo zapowiedziało „zaopiekowanie się mniejszymi podmiotami”. Naczelna Rada Lekarska przyjmuje te deklaracje jako punkt wyjścia w dalszych rozmowach, niemniej jednak jest to działanie z całą pewnością znacznie spóźnione z stosunku do terminów narzuconych przez ustawę.

Rekomendacje

Naczelna Rada Lekarska rekomenduje lekarzom i lekarzom denty stom będącym usługodawcami w rozumieniu u.s.i.o.z. aby:

1. w używanych lub pozyskiwanych właśnie systemach informatycznych służących prowadzeniu dokumentacji medycznej doprowadzić do:
a) generowania raportów ze zdarzeń medycznych

b) wytwarzania określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 941) dokumentów Elektronicznej Dokumentacji Medycznej oraz recept i skierowań, o ile nie są generowane za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl

c) uzyskania przez system zdolności przesłania tych dokumentów do repozytorium EDM.

2. Faktyczne deponowanie dokumentów, o których mowa w pkt. 1 b, w repozytorium EDM uzależnić od uzyskania pewności stałości kosztów utrzymania w nich danych. Zależać to będzie zapewne od wielu czynników, jak choćby od umiejscowienia repozytorium (czy w sieci lokalnej podmiotu, czy w chmurze dostawcy). W przypadku braku uzyskania pewności co do rozmiaru tych kosztów w perspektywie czasowej 20 lat, o której mowa w art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak też co do możliwości zapewnienia bezpieczeństwa umieszczonych tam danych, rekomendowane jest wstrzymanie się z organizacją repozytorium EDM.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

STANOWISKO Nr 8/21/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 25 czerwca 2021 r.

w sprawie projektu ustawy o zmianie
ustawy o Agencji Badań Medycznych
oraz niektórych innych ustaw

Naczelna Rada Lekarska po zapoznaniu się z projektem ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw, o którym powiadomił Pan Dariusz Salamoniak – Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu, pismem z dnia 9 czerwca 2021 r., znak: SPS-WP.020.178.4.2021, zwraca uwagę na przepis art. 2, którym wprowadzono zmianę w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty stom bez wcześniejszych konsultacji w tym zakresie z samorządem lekarzy i lekarzy denty stom.

Projektowana zmiana dotyczy możliwości przeniesienia na Naczelną Radę Lekarską zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, jako emitenta dokumentu publicznego, jakim jest prawo wykonywania zawodu lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza denty stom. Zaproponowane zmiany dotyczą zatem przeniesienia zadań dotyczących dostosowania dokumentów prawa wykonywania zawodu do warunków określonych w ustawie

o dokumentach publicznych, w tym uzgodnienie próbnego wydruku blankietu prawa wykonywania zawodu, uzgodnienie wytwarzania tego dokumentu z producentem, podpisanie umowy z producentem oraz przekazywanie stosownych informacji i współpraca z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji w zakresie określonym w ustawie o dokumentach. Pomimo że jest to sprawa niezwykle istotna dla samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, zrzeszającego około 190 tys. członków, Minister Zdrowia przed skierowaniem projektu ustawy nie podjął z samorządem lekarskim żadnych rozmów dotyczących trybu i warunków przyjęcia przez Naczelną Radę Lekarską tego upoważnienia.

Zastrzeżenia budzi także użyte w art. 2 projektu ustawy określenie, że Minister Zdrowia może upoważnić Naczelną Radę Lekarską do wykonania w jego imieniu niektórych zadań wynikających z ustawy o dokumentach urzędowych. Z tak sformułowanego przepisu wynika, że jest to jedynie upoważnienie Ministra Zdrowia, a to czy z niego skorzysta i w jakim zakresie jest już arbitralną i zupełnie uznaniową decyzją Ministra.

Zastrzeżenia budzi fakt, że w projekcie ustawy nie ma przepisu, który wyraźnie wskazywałby, że Minister Zdrowia pokrywa w całości koszty zadań przekazanych w tym trybie Naczelnej Radzie Lekarskiej. Nie jest przy tym wystarczające samo określenie poziomu wydatków na ten cel w uzasadnieniu do projektu ustawy czy załączonej do niej ocenie skutków regulacji. Minister Zdrowia, wskazując w uzasadnieniu do projektu ustawy na zabezpieczenie kwoty 7 782 tys. na wydawanie, włącznie do 2029 r. prawa wykonywania zawodu w postaci kart poliwęglanowych, nie określił, czy zabezpieczone środki w pełni pokryją koszty ich wydawania, czy też tylko w części.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**STANOWISKO Nr 9/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 27 czerwca 2021 r.
w sprawie negatywnej oceny działań
Ministra Zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska zdecydowanie krytycznie ocenia dotychczasowe działania Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego i pracę kierowanego przez niego resortu.

Wyrazem braku kompetencji i zaniedbań w Ministerstwie Zdrowia jest:

1. Sytuacja, w której w ostatnim roku w Polsce

liczba zgonów przekraczająca wieloletnie średnie jest najwyższa w Europie.

2. Chaos decyzyjny i informacyjny dotyczący obostrzeń epidemicznych i szczepień.

3. Odrzucanie konkretnych proponowanych przez samorząd lekarski projektów regulacji ustawowych m.in.

- przygotowanej przez Naczelną Radę Lekarską ustawy ograniczającej odpowiedzialność cywilną, karną i zawodową lekarzy walczących z epidemią koronawirusa;

- projektu ustawy o biegłych sądowych, regulującej m.in. tryb powoływania biegłych sądowych z zakresu medycyny;

- zmiany ustawy dotyczącej najniższych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych z proponowanymi przez samorząd lekarski i reprezentacje innych zawodów medycznych, przyjętymi w drodze racjonalnego konsensu, współczynnikami wynagrodzeń;

- brak ustawy wprowadzającej zapowiadany przez Ministra system no-fault.

4. Brak stanowczej reakcji na przejawy hejtu w stosunku do lekarzy w mediach.

5. Brak jednoznacznej reakcji na dezinformację w kwestii epidemii koronawirusa czy propagowane pseudometody jego zwalczania.

6. Dopuszczenie do pracy w Polsce lekarzy o niesprawdzonych kwalifikacjach i bez znajomości języka polskiego.

7. Chaotyczne decyzje finansowe, w tym decyzje dotyczące zasad przyznawania tzw. dodatków covidowych.

8. Pozostawianie bez odpowiedzi lub przekazywanie niewystarczających odpowiedzi na apele i pisma kierowane przez organy samorządu lekarskiego do Ministerstwa Zdrowia, a także udzielanie odpowiedzi z wielomiesięcznym opóźnieniem i nieadekwatnie do sytuacji, co potraktować należy jako przejaw arogancji wobec środowiska lekarskiego i wobec pacjentów.

9. Lekceważenie przez Ministra Zdrowia problemów środowiska lekarzy dentystów zgłaszanych wielokrotnie przez Naczelną Radę Lekarską, w tym dotyczących zasad finansowania i rozliczania świadczeń zdrowotnych w czasie epidemii.

10. Podawanie nieprawdziwych informacji rozpowszechnianych przez media na temat rzekomego dialogu Ministra z samorządem lekarskim w sytuacji, gdy dialogu takiego od dłuższego czasu nie ma.

11. Forsowanie siatki płac prowadzącej do zrównania zarobków osób z niższym wykształceniem z pracownikami o najwyższych kwalifikacjach.

12. Błędne działania dotyczące Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

13. Podejmowanie decyzji dzielących środowisko medyczne i zmierzających do jego wewnętrznej skonfliktowania.

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że podejmowanie decyzji w tak newralgicznym dla obywateli obszarze, jakim jest ochrona zdrowia, nie może opierać się jedynie na podstawie selektywnie dobieganych wskaźników ekonomicznych, z pominięciem opinii środowiska lekarzy i lekarzy dentystów, a także innych zawodów medycznych.

W związku z powyższymi argumentami Naczelna Rada Lekarska wyraża wotum nieufności wobec Ministra Zdrowia.

Naczelna Rada Lekarska, posiadając pełną wiedzę o bolączkach systemu ochrony zdrowia, dysponując szerokim gronem ekspertów, a także mając propozycje gotowych rozwiązań prowadzących do rzeczywistej poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce, pozostaje w gotowości do wsparcia wszelkich inicjatyw służących polepszeniu warunków leczenia polskich pacjentów.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 2/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
do Ministra Sprawiedliwości i Ministra
Spraw Wewnętrznych i Administracji**

Naczelna Rada Lekarska apeluje do władz państwowych Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności do Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, o podejmowanie stanowczych kroków prawnych przeciwko osobom i organizacjom, które dopuszczają się czynów zabronionych wobec lekarzy i lekarzy dentystów promujących i realizujących Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19.

Środowisko lekarskie z pełnym oddaniem wspiera i uczestniczy w wykonaniu programów szczepień ochronnych. Szczególnie angażuje się w Narodowy Program Szczepień przeciwko COVID-19. Członków samorządu lekarskiego spotykają w związku z tym groźby pozbawienia zdrowia, a nawet życia, wylewają się na nich obelgi, podważa się ich wiedzę i kwalifikacje, zarzuca niedopuszczalne związki z przemysłem farmaceutycznym. NRL domaga się stanowczych reakcji na takie zdarzenia ze strony organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Osoby ratujące zdrowie i życie powinny być chronione, tym bardziej, że angażują się w realizację programów rządowych mających zapewnić populacyjną odporność przeciwko COVID-19.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**APEL Nr 3/21/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 czerwca 2021 r.
do Ministra Zdrowia
o podjęcie działań zmierzających do
rozwiązania problemów środowiska
lekarzy dentystów i polskiej stomatologii**

Naczelna Rada Lekarska ponownie apeluje o pilne zorganizowanie przez Ministra Zdrowia spotkania z przedstawicielami samorządu lekarskiego, na którym w sposób kompleksowy omówione zostaną najistotniejsze problemy związane z wykonywaniem zawodu lekarza dentysty oraz dotyczące finansowania i organizacji gwarantowanych świadczeń stomatologicznych, a przede wszystkim przedstawione zostaną konkretne propozycje działań zmierzających do ich jak najszybszego rozwiązania.

Naczelna Rada Lekarska od dłuższego czasu sygnalizuje władzom publicznym konieczność rozwiązania wielu problemów występujących w ochronie zdrowia w dziedzinie stomatologii. Bez odpowiedzi pozostał też apel Naczelnej Rady Lekarskiej skierowany do Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2021 r. Nr 1/21/VIII o pilne zorganizowanie pod auspicjami Ministra Zdrowia debaty, która w sposób kompleksowy omawiałaby najistotniejsze problemy związane z wykonywaniem zawodu lekarza dentysty w Polsce. Dotychczas wszelkie postulaty zgłaszane przez środowisko lekarzy stomatologów są pomijane lub marginalizowane.

Dobitnym tego przykładem jest sprawa wyceny punktowej wybranych procedur stomatologicznych. Samorząd lekarski aktywnie uczestniczył

w pracach Narodowego Funduszu Zdrowia nad nową wyceną wybranych procedur stomatologicznych. Po ponad roku, gdy wydawało się, że prace te będą finalizowane, Narodowy Fundusz Zdrowia podjął decyzję o ich zwieszeniu, przekazując sprawę wyceny tych świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co powoduje, że szanse na urealnienie wyceny procedur stomatologicznych w najbliższym czasie wydają się znikome. Nie znajdują też jakiegokolwiek zrozumienia postulaty środowiska lekarskiego dotyczące konieczności zwiększenia udziału wydatków na świadczenia stomatologiczne w planie ogólnych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło też żadnych propozycji rozwiązań systemowych w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów umożliwiających im uzyskanie specjalizacji. Samorząd lekarski od dawna sygnalizuje konieczność wprowadzenia nowych zasad finansowania kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych. Możliwość tworzenia miejsc akredytowanych do kształcenia specjalizacyjnego jest nierozdzielnie związana z paletą procedur specjalistycznych zawartych w koszyku świadczeń. Motywacją placówek medycznych do tworzenia tych miejsc jest perspektywa wykształcenia i pozyskania do długoletniej współpracy młodego specjalisty. Warunkiem jednak jest to, żeby wykształcony tak specjalista w tej placówce miał możliwość rozwoju zawodowego **jako specjalista**. Przy ubogiej paletce stomatologicznych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych placówka szkoląca nie

zapewni w oparciu o kontrakt ani szkolenia specjalistycznego, ani też „nie utrzyma” w tym miejscu kolejnego specjalisty, bazując jedynie na świadczeniach komercyjnych. Nie zdyskontuje więc swego sukcesu, jakim jest wykształcenie specjalisty. Stąd nie może dziwić brak możliwości, a nawet motywacji do organizowania szkolenia. To czyni zagadnienie jeszcze bardziej złożonym i jego rozwiązanie wymaga szczególnych środków i szczególnego zaangażowania, jak też gotowości do nieszyblonowych rozwiązań. A więc i konsensusu wszystkich zaangażowanych w ten proces środowisk. A taki znajduje się najczęściej w trakcie wspólnej debaty. Brak dostępności do kształcenia specjalizacyjnego będzie miał w przyszłości negatywny wpływ na standard usług stomatologicznych. Niedoszacowana wycena świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, nakładanie na lekarzy nowych obowiązków, z którymi łączy się konieczność ponoszenia dodatkowych kosztów (np. związanych z koniecznością zakupu separatorów amalgamatu, czy usług i oprogramowania pozwalającego na wdrożenie EDM), przy braku odpowiedniego wsparcia rekompensującego ponoszone wydatki oraz ograniczone możliwości rozwoju zawodowego lekarzy dentystów już w nieodległej perspektywie mogą mieć negatywny wpływ na dalsze ograniczenie dostępności do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych i stanu zdrowia pacjentów wymagających pomocy stomatologicznej.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

O CZYM MYŚLI RZĄD I MZ?



Od prawej: minister zdrowia Adam Niedzielski, premier Mateusz Morawiecki, rzecznik rządu Piotr Müller.

Pomysły i plany

Już wkrótce uwaga może zogniskować się na sprawach związanych z ochroną zdrowia, i to nie tylko w kontekście pandemii. Równie ważne będą dyskusje wokół zmian systemowych planowanych przez rząd i Ministerstwo Zdrowia.

Mariusz Tomczak dziennikarz

Tegoroczne wakacje nie były sezonem ogórkowym. W ostatnich tygodniach światło dzienne ujrzało przynajmniej kilka dokumentów ważnych dla środowiska medycznego. Jeśli to, co zawierają, wejdzie w życie, osoby zawodowo związane z ochroną zdrowia czeka sporo niespodzianek. Część zmian z pewnością wpłynie także na relację lekarz-pacjent.

7 PROC. PKB W 2027 R.

Po tym, gdy w połowie maja obóz rządzący zaprezentował swój program społeczno-gospodarczy na kolejne lata, chyba nie ma tygodnia, by w debacie publicznej nie pojawiały się opinie i analizy o na ogół dość ogólnikowych deklaracjach z „Polskiego Ładu”. W odniesieniu do ochrony zdrowia jedną z najbardziej konkretnych zapowiedzi jest wzrost nakładów do 6 proc. PKB w 2023 r. (tj. rok wcześniej niż zakłada obecnie obowiązująca ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych) i 7 proc. PKB w 2027 r. Z jednej strony wszystkich, którzy wyczekują takiego impulsu, nominalny wzrost nakładów w ochronie zdrowia ucieszy. Z drugiej – pod względem udziału w PKB i wydatków per capita nadal pozostaniemy w tyle za większością krajów UE, a w perspektywie kolejnych lat ten dystans znacząco się nie zmniejszy (o ile w ogóle).

SKŁADKA ZDROWOTNA

Sejm uchwalił już nowelę ustawy o świadczeniach zakładającą zasilenie systemu ochrony zdrowia dodatkowymi 83 mld zł w latach 2022-2027 i osiągnięcie w 2027 r. nakładów w wysokości 215 mld zł. We wrześniu zajmą się nią senatorowie. W ustawie jest harmonogram corocznego podnoszenia wydatków w relacji do PKB, ale próżno szukać źródeł ich finansowania. W ocenie skutków regulacji wskazano, że w pierwszej kolejności mają pochodzić ze zwiększonych przychodów NFZ,

a ostateczne wartości są uzależnione „od kształtowania się pozostałych składowych nakładów na ochronę zdrowia”, w szczególności składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne odprowadzanych z wynagrodzeń pracowników. To na nich opiera się polski system ochrony zdrowia. W koalicji rządowej od dawna trwają spory m.in. o sposób naliczania, wysokość i górną granicę składki zdrowotnej. Te kwestie były zresztą jedną z przyczyn opuszczenia obozu Zjednoczonej Prawicy przez wicepremiera Jarosława Gowina i jego partię.

KTO ZAPŁACI ZA „POLSKI ŁAD”?

Od kilku miesięcy pojawia się pytanie nie tyle czy, bo to od czasu prezentacji „Polskiego Ładu” wydaje się pewne, ale w jakim stopniu wyższe nakłady publiczne na ochronę zdrowia będą następstwem wzrostu opodatkowania części osób aktywnych zawodowo, w tym także z sektora medycznego. Nie chodzi tylko o przedsiębiorców prowadzących np. małe NZOZ-y. Wzrost

obciążeń fiskalnych czeka wielu medyków wykonujących swój zawód w ramach stosunku pracy. Są obawy, że lekarze mogą zrezygnować z kontraktów, co utrudni wykonywanie pracy w godzinach nadliczbowych, na czym w dużym stopniu opiera się nasz system, lub zażądać renegocjacji stawek, co spowoduje wzrost kosztów funkcjonowania szpitali. Mniejsze wynagrodzenia dla kontraktowców mogą też przyczynić się do rezygnacji z pracy osób, które nabyły prawa emerytalne. Wśród pracujących lekarzy nie brakuje seniorów. O tym wszystkim nie należy zapominać, bo rząd buduje narrację wokół podniesienia kwoty wolnej od podatku do 30 tys. zł dla każdego oraz korzystnych lub obojętnych zmian dla mniej zarabiających i emerytów, którzy otrzymują najniższe świadczenia. Na razie wszystko wskazuje na to, że po zamieszczeniu chochł w podatkowym kotle część lekarzy finansowo straci, a czas pokaże, kto i jak bardzo oraz czy rykoszetem nie uderzy to w pacjentów.

KONCENTRACJA ŚWIADCZEŃ

Dla placówek z sieci istotną zmianą będzie ustawowe wydłużenie obowiązywania wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej do 30 czerwca 2022 r. Nowe wykazy mają zostać ogłoszone do 27 marca, a zaczną obowiązywać dopiero od 1 lipca. Dla kilkuset szpitali to dodatkowe kilka miesięcy względnego spokoju w trakcie, być może, niespokojnych pandemicznych miesięcy, bo nadal obowiązujące przepisy przewidują, że kwalifikacja powinna się zakończyć do 1 października br. To jednak cisza przed burzą. Od kilku miesięcy w wąskim gronie urzędników i ekspertów szyszkowane są poważne zmiany w zakresie organizacji, funkcjonowania i finansowania sieci szpitali. Z dotychczasowych zapowiedzi kierownictwa resortu wynika, że celem jest m.in. uproszczenie struktury i większa koncentracja świadczeń, tak by w obliczu rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa leczyć oraz diagnozować szybciej i taniej, choć nie zawsze mówi się o tym wprost. Jeśli kwalifikacja do systemu PSZ oprze się na oddziałach, a nie, jak dotąd, na placówkach, w niektórych regionach może dojść do nieoczekiwanych zmian.

REFORMA SZPITALI

Zmiany w sieci są wstępem do próby przeorania opieki zdrowotnej w kolejnych latach. Lada chwila zobaczymy projekt

ustawy reformującej lecznice, który ma obowiązywać od początku 2022 r. Można zatem odliczać dni do momentu, gdy resort zdrowia czarno na białym pokaże, czy dąży do „centralizacji szpitali” i podporządkowania ich sobie, czy też tylko szarpnie cuglami, ograniczając swobodę podejmowania decyzji ich właścicielom i dyrektorom, a obawy związane z przejmowaniem szpitalnego majątku należącego do samorządów powiatowych i wojewódzkich stracą rację bytu. Cokolwiek nastąpi, to – jak się wydaje – mogą to być najpoważniejsze zmiany w szpitalnictwie od lat, które przyćmią to, co pozostawił po sobie minister Konstanty Radziwiłł. Pierwsze skrzypce prawdopodobnie zacznie odgrywać Agencja Rozwoju Szpitali. Placówki zostaną podzielone na 4 kategorie (A, B, C, D), o czym zadecyduje przede wszystkim ich kondycja finansowa (co ważne, sprzed pandemii), choć ARS weźmie pod uwagę również takie czynniki jak: liczba zabiegów, odsetek rehospitalizacji i migracje pacjentów. Ważnym elementem reformy będą przepisy

Po zamieszczeniu chochł w podatkowym kotle część lekarzy finansowo straci.

w zakresie postępowań naprawczych, nad czym pracuje zespół powołany przez ministra zdrowia na początku wakacji. W jego składzie są m.in. prawnicy specjalizujący się w upadłości i restrukturyzacji przedsiębiorstw, więc można się spodziewać próby przeszczepienia na grunt ochrony zdrowia wybranych rozwiązań znanych w innych branżach. Minister Adam Niedzielski jednoznacznie daje do zrozumienia, że wśród zarządzających placówkami chce widzieć menedżerów, a nie lekarzy.

SYSTEM NO-FAULT?

Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta wzbudza tyle pytań i wątpliwości, że nie sposób ich opisać w kilku zdaniach. Unaocznia to stanowisko Prezydium NRL, którego objętość jest ponad dwukrotnie dłuższa niż ten artykuł. W oczy rzuca się powierzenie jednej instytucji roli płatnika, autoryzacji i akredytacji (więcej w ramce). Ogłaszając skierowanie projektu tej ustawy do konsultacji publicznych, minister Adam Niedzielski zapowiedział wprowadzenie systemu no-fault. Czytamy w nim, że „zgłoszenie

zdarzenia niepożądanego nie stanowi podstawy do wszczęcia wobec osoby, która tego zgłoszenia dokonała, postępowania dyscyplinarnego, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania karnego, chyba że w wyniku prowadzonej analizy przyczyn źródłowych zdarzenie to okaże się czynem popełnionym umyślnie”. Nie ma jednak wyraźnego wskazania o wyłączeniu odpowiedzialności za błąd medyczny (karnej, cywilnej i dyscyplinarnej), o co od dawna zabiega m.in. środowisko lekarskie. Zaniepokojenie wśród dyrektorów i lekarzy wzbudza oficjalna zapowiedź wykorzystywania przez NFZ danych pochodzących z systemu jakości (np. o zdarzeniach niepożądanych) do finansowego motywowania szpitali udzielających świadczeń ze środków publicznych. W praktyce może się to okazać nie tyle straconą okazją na dodatkowy zastrzyk finansowy, co skutkować karą, która personelowi odbije się czkawką.

STRATEGIA NA DEKADĘ

Nie wszyscy lubią czytać opasłe urzędnicze dokumenty pisane mało przystępnym językiem. To pewnie jedna z przyczyn niepotraktowania z należytą uwagą w debacie publicznej projektu dokumentu „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”. Niesłusznie, bo to najważniejszy dokument strategiczny w ochronie zdrowia na najbliższe kilka lat, a być może na całą dekadę, a wyznaczone w nim cele mają stanowić podstawę działań wielu publicznych instytucji. Innymi słowy, kogo interesują główne kierunki zmian i nie chce dać się „zaskoczyć” pomysłem, o których za parę miesięcy lub kilka lat poinformuje szef rządu lub ktoś z kierownictwa resortu, powinien sięgnąć do publikacji liczącej z załącznikami ok. 350 stron. Osobom traktującym „Zdrową przyszłość” za wykвіт polskiej biurokracji przypomnę, że za jej powstaniem stoją zobowiązania wynikające z członkostwa w UE. Jest on wymagany przez Komisję Europejską jako warunek wydatkowania środków unijnych. Nie powinno dziwić, że odnosi się do wytycznych Krajowego Planu Odbudowy.

NFZ ZAPŁACI ZA EFEKT

Tak jak chyba każdy tego typu dokument, część zawartych w nim celów pewnie nie doczeka się pełnej realizacji, ale nie wydaje się, że będzie to całkowicie „martwa księga”, skoro niektóre z zawartych w nim rozwiązań pojawiły się w rządowych

i resortowych projektach ustaw (m.in. po ogłoszeniu „Polskiego Ładu”). „Zdrowa przyszłość” zakłada m.in. rozwijanie przez NFZ mechanizmów płatności za jakość i efekty zdrowotne oraz wdrożenie obowiązkowego benchmarkingu szpitali, co w ograniczonym stopniu ma wejść w życie już w 2022 r. Zaryzykuję opinię, że z biegiem czasu te tendencje nasilą się, dlatego warto przyglądać się im już teraz. Wspólnym mianownikiem wielu działań ma być stopniowe odchodzenie od modelu opieki stacjonarnej i jednocześnie ograniczenie liczby hospitalizacji, o czym w gronie ekspertów mówi się od dawna, ale jak dotąd nie odniesiono na tym tle spektakularnych sukcesów.

AOS, SOR, NŚOZ

Planuje się zwiększyć kompetencje AOS, a w szczególności przenieść do opieki ambulatoryjnej jednodniowe procedury zabiegowe, również te wykonywane przy udziale anestezjologa. Zostaną stworzone warunki do (cytuję) „specjalizacji poradni przychodniowych w zakresie opieki okołoszpitalnej i wysokospecjalistycznej dedykowanej pacjentom narażonym na częste rehospitalizacje i ze skomplikowanymi problemami zdrowotnymi”, a także de facto ograniczania ich dostępności dla osób, których „potrzeby mogą być realizowane na niższych poziomach opieki”. Do zmian w piramidzie świadczeń doprowadzi reforma nocnej i świątecznej opieki, mająca, jak deklaruje resort, odciążyć SOR-y i wprowadzić 3-poziomowy system opieki. Od początku sierpnia ministerialny zespół pracuje nad przygotowaniem kompleksowych rozwiązań w zakresie usprawnienia NŚOZ, która za kilka miesięcy prawdopodobnie wypadnie poza sieć szpitali.

RELOKACJA MEDYKÓW

Na nadchodzące lata przewiduje się tworzenie zachęt do relokacji kadr medycznych, w tym premiowanie przychodni POZ i AOS położonych na obszarach o mniejszej dostępności do świadczeń, a także rozszerzenie kompetencji zawodów medycznych innych niż lekarski, co od pewnego czasu ma miejsce (np. dopuszcza się kolejne grupy do wykonywania szczepień przeciw COVID-19, a uprawnienia do kwalifikacji przyznaje studentom). Te ostatnie pomysły część lekarzy może odebrać jako zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i próbę marginalizacji środowiska. Na kolejne lata zakłada się deinstytucjonalizację opieki zdrowotnej (m.in. poprzez rozwój

Ustawa o jakości
Projekt ustawy o jakości dotyczy szpitali. Określa zasady funkcjonowania „systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta”. Wzrośnie liczba osób przyglądających się tym zagadnieniom, m.in. urzędników opłacanych z pieniędzy podatników, a zapowiedź powołania dodatkowego zastępcy prezesa NFZ, mającego zajmować się autoryzacją i akredytacją placówek, to pewnie czubek góry lodowej.
Autoryzacja – obowiązkowa dla szpitali w zakresie udzielania przez nie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Udzieli jej dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ na 5 lat. Placówka, która jej nie otrzyma, będzie mogła złożyć skargę do sądu administracyjnego. Kryteria autoryzacji i sposoby oceny określi ministerialne rozporządzenie.
Zdarzenia niepożądane – powstanie dwupoziomowy system ich monitorowania prowadzony przez podmiot leczniczy i NFZ, obowiązkowy dla szpitali niezależnie od tego, czy korzystają ze środków publicznych, czy też nie. Zgłaszać je będzie można anonimowo, a informacje gromadzone w ramach analizy ich przyczyn nie zostaną udostępnione. Szpitale mają publikować informacje o liczbie zdarzeń oraz działaniach naprawczych.
Świadczenia kompensacyjne – wprowadzenie dwuinstancyjnego pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych bez orzekania o winie obsługiwanego przez RPP. Postępowanie ma mieć charakter elektroniczny, bez rozpraw i przesłuchań. W I instancji sprawy rozpatrzą pracownicy biura RPP, a w II instancji 9-osobowa komisja odwoławcza, w składzie której znajdzie się przedstawiciel NRL. Powstanie Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, a po wojewódzkich komisjach ds. orzekania o zdarzeniach medycznych pozostanie tylko wspomnienie.
Akredytacja – nieobowiązkowa ocena jakości udzielana przez NFZ, a nie, jak dotychczas, przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Okres ważności akredytacji wydłuży się do 4 lat, ale pojawią się dodatkowe warunki jej przyznawania.
Rejestry medyczne – nastąpi doprecyzowanie zasad tworzenia i finansowania oraz wzmocnienie nadzoru nad ich prowadzeniem.

opieki domowej i środowiskowej), zwłaszcza w odniesieniu do seniorów i osób z zaburzeniami psychicznymi, weryfikację kosztów świadczeń gwarantowanych, a także zwiększenie roli pacjentów w kształtowaniu systemu zarówno za pośrednictwem RPP, jak i organizacji pozarządowych. W najważniejszym dokumencie wskazującym kierunki zmian i rozwoju ochrony zdrowia nie ma nic o wzmocnieniu wpływu samorządów zawodów medycznych czy reprezentujących je związków.

WIĘCEJ WŁADZY MINISTRA

W pewnym uproszczeniu można przyjąć, że uzupełnieniem „Zdrowej przyszłości” staną się plany transformacji, krajowy i wojewódzkie – ten pierwszy opracuje minister zdrowia, a te ostatnie – wojewodowie. Na mocy podpisanej w lipcu przez prezydenta ustawy doszło do rezygnacji z przygotowywania regionalnych map potrzeb zdrowotnych i przejęcia przez ministra uprawnień do jej stworzenia dla całego kraju, a ponadto zniknął obowiązek ustanawiania priorytetów dla

regionalnej polityki zdrowotnej. Pół żartem pół serio można powiedzieć, że to przejaw „centralizacji”, a minister zyskał nowe uprawnienia. Na pierwszy rzut oka ma to niewiele wspólnego z pracą lekarzy skoncentrowanych na co dzień na diagnozowaniu i leczeniu pacjentów. W praktyce wpłynie na sytuację panującą w całym sektorze, w tym na warunki pracy medyków, bo to, co znajdzie się w planach transformacji, zyska większe szanse realizacji i wsparcia ze środków krajowych i funduszy europejskich. I to kolejny argument za uważnym czytaniem dokumentów przygotowywanych przez urzędników. To też ważna wskazówka dla osób i środowisk chcących wpływać na decydentów, choć oczywiście nie jest to tak łatwe. Oczekiwania rządu i medyków nie zawsze idą w tym samym kierunku, co dobitnie pokazuje m.in. zaplanowany na 11 września protest zorganizowany przez Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia, utworzony miesiąc wcześniej w siedzibie NIL. Na ulicę wyjdą nie tylko lekarze. ■

NAUKA W PIGUŁCE

SARS-CoV-2 może infekować jądra



Naukowcy z University of Texas Medical Branch zaobserwowali, że SARS-CoV-2 jest zdolne infekować jądra zarażonych chomików. Ich odkrycie, opublikowane w czasopiśmie „Microorganisms”, może przyczynić się do wyjaśnienia objawów

zgłaszanych przez niektórych mężczyzn chorujących na COVID-19.

Laboratorium Rossi, które od lat bada wpływ zakażenia wirusem Zika na jądra, postanowiło sprawdzić, czy i jak oddziałuje na nie SARS-CoV-2. Badania przeprowadzono

na chomikach, które są wykorzystywane powszechnie do modelowania wpływu COVID-19 u ludzi, ponieważ u zwierząt tych rozwijają się podobne objawy choroby.

Ponieważ wirus został wykryty w jądrach wszystkich zarażonych chomików w ciągu pierwszego tygodnia, autorzy badania uważają, że do infekcji jąder SARS-CoV-2 może wystąpić u mężczyzn z łagodną lub umiarkowaną chorobą COVID-19. – Te odkrycia są pierwszym krokiem w zrozumieniu, w jaki sposób COVID-19 wpływa na męskie narządy płciowe i potencjalnie na zdrowie reprodukcyjne mężczyzn – zauważa dr Shannan Rossi, prof. nadzwyczajny na wydziałach patologii oraz mikrobiologii i immunologii University of Texas Medical Branch. – Idąc dalej, zbadamy sposoby osłabienia oddziaływania SARS-CoV-2 na męskie jądra, w tym stosowanie leków przeciwwirusowych, terapii przeciwciałami i szczepionek – zapowiada. ■

Źródło: eurekaalert.org

Pestycydy i fruktoza a kryzys otyłości

Jak zaobserwowano, zmiany stylu życia związane z dietą i ćwiczeniami rzadko prowadzą do trwałej utraty wagi. Badacze przypuszczają, że częścią problemu może być cofanie pieca metabolicznego.

Naukowcy z McMaster University w Hamilton (Kanada) odkryli, że jeden z powszechnie stosowanych pestycydów może być częściowo odpowiedzialny za globalną epidemię otyłości. Dowiedli, że zakazany w Kanadzie do stosowania w żywności chloropirifos, ale szeroko rozpylany na owocach i warzywach do zwalczania szkodników w wielu innych częściach świata, spowalnia spalanie kalorii w brązowej tkance tłuszczowej myszy. Zmniejszenie spalania kalorii, czyli zahamowanie procesu znanego jako termogeneza poposiłkowa, która stanowi 6-10 proc. dobowych wydatków energetycznych organizmu, sprawia, że organizm gromadzi dodatkowe kalorie, co sprzyja otyłości.

Naukowcy zbadali 34 powszechnie stosowane pestycydy i herbicydy w komórkach brązowego tłuszczu i przetestowaniu działania chloropirifosu u myszy karmionych dietą wysokokaloryczną. Wyniki badań zostały opublikowane w „Nature Communications” i mogą mieć ważne znaczenie dla zdrowia publicznego.

Prowadzący badanie prof. Gregory Steinberg z Centrum Badań nad Metabolizmem, Otyłością i Cukrzycą w McMaster University, uważa, że wystarczy, aby chloropirifos hamował zużycie energii w brązowym tłuszczu jedynie o 40 kalorii dziennie, aby wywołać otyłość u dorosłych.

Z kolei grupa amerykańskich naukowców z nowojorskiego Weill Department of Medicine zauważyła, że do epidemii otyłości może przyczyniać się stosowana w diecie fruktoza. Udowodniono, że karmienie myszy syropem kukurydzianym o wysokiej zawartości fruktozy (HFCS),

który jest powszechnie stosowanym słodzikiem w diecie ludzi, prowadzi do zwiększenia powierzchni jelita, co przyczynia się do zwiększonego wchłaniania składników odżywczych i przyrostu masy ciała.

Raport zespołu pod przewodnictwem dra Samuela R. Taylora pt. „Fruktoza w diecie poprawia przeżycie komórek jelitowych i wchłanianie składników odżywczych” opublikowano w „Nature”. Badanie Taylora i współpracowników ujawnia, że fruktoza ma nieznany wcześniej wpływ na strukturę jelita. Myszy karmione HFCS miały dłuższe wypustki jelitowe (kosmki) i wchłaniały więcej składników odżywczych w porównaniu z myszami, które nie otrzymywały HFCS w swojej diecie. Co więcej, diety tłuszczowe powodowały jeszcze większy przyrost masy u myszy, jeśli zawierały dodatkowo fruktozę. Autorzy raportu opisali mechanizm oddziaływania HFCS na metabolizm, sugerując m.in., że całkowite unikanie słodkich napojów może być dobrym początkiem walki z otyłością. ■

Źródło: eurekaalert.org, nature.com

KOMÓRKI MACIERZyste I TERAPIE KOMÓRKOWE

Rzeczywistość i ograniczenia

Komórki macierzyste, czyli niezróżnicowane komórki mające zdolność do regeneracji uszkodzonych tkanek i narządów, mają olbrzymie możliwości terapeutyczne. Ale trzeba też mieć na uwadze, że jest wiele rodzajów tych komórek, ich zdolności regeneracyjne są różne i najczęściej ograniczone tylko do tkanki, z której się wywodzą.

Prof. dr hab. **Józef Dulak** Zakład Biotechnologii Medycznej Wydziału Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii UJ

Nie każdy organ posiada komórki zdolne do regeneracji jego części w przypadku uszkodzenia czy choroby. I nie jest tak, że lekarz, stosując intensywnie dzielące się komórki, które często bez podstaw nazywane są macierzystymi, może poprawić stan zdrowia każdego chorego.

Niestety, medycyna regeneracyjna obrosła mitami i nieporozumieniami. Wiara we wszechmoc komórek macierzystych jest także wykorzystywana do reklamowania zabiegów, które poprzez stylizowany na naukowe brzmienie język, sugerują niezwykle możliwości komórek krwi pępowinowej, galarety Whartona ze sznura pępowinowego, tkanki tłuszczowej oraz wielu innych, o których ze względu na brak miejsca nie będę tutaj wspominał.

UZASADNIONE ZASTOSOWANIA

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej i medycznej, popartej oświadczeniami najważniejszych instytucji rejestrujących leki oraz towarzystw naukowych, potwierdzone – czyli uzasadnione i skuteczne zastosowania komórek macierzystych – ograniczone są do leczenia chorób krwi (nowotwory krwi, niedokrwistości, niedobory odporności), niektórych chorób spichrzeniowych, regeneracji nabłonka uszkodzonej rogówki oraz regeneracji skóry. Kilka z tych terapii jest oficjalnie zarejestrowanych (w leczeniu ciężkiego złożonego niedoboru

odporności spowodowanego brakiem deaminazy adenozykowej, w leczeniu uszkodzenia nabłonka rogówki, w leukodystrofii metachromatycznej), inne (przeszczepy szpiku lub krwi pępowinowej w chorobach krwi) są stosowane w praktyce klinicznej dzięki skuteczności potwierdzonej wieloletnimi obserwacjami i badaniami. Wszystkie mają podstawy biologiczne – wykorzystuje się w nich bowiem komórki macierzyste związane z narządami, których choroba dotyczy – a więc komórki krwiotwórcze różnicujące do komórek krwi, komórki rąbkowe do regeneracji nabłonka rogówki, a komór-

Przedstawione pokrótce w tym tekście problemy są przedmiotem analiz zespołu powołanego przez Naczelną Radę Lekarską.

ki macierzyste naskórka do regeneracji ciężko oparzonej skóry lub w dziedzicznych ciężkich chorobach pęcherzowego oddzielania się naskórka (łac. epidermolysis bullosa). Są to zatem uzasadnione zastosowania homologiczne. Ponadto są to zazwyczaj komórki autologiczne – czyli własne pacjenta – by nie dopuścić do ich odrzucenia przez układ immunologiczny. Stosuje się także przeszczepy allogeniczne (komórki pobrane od innej osoby), ale

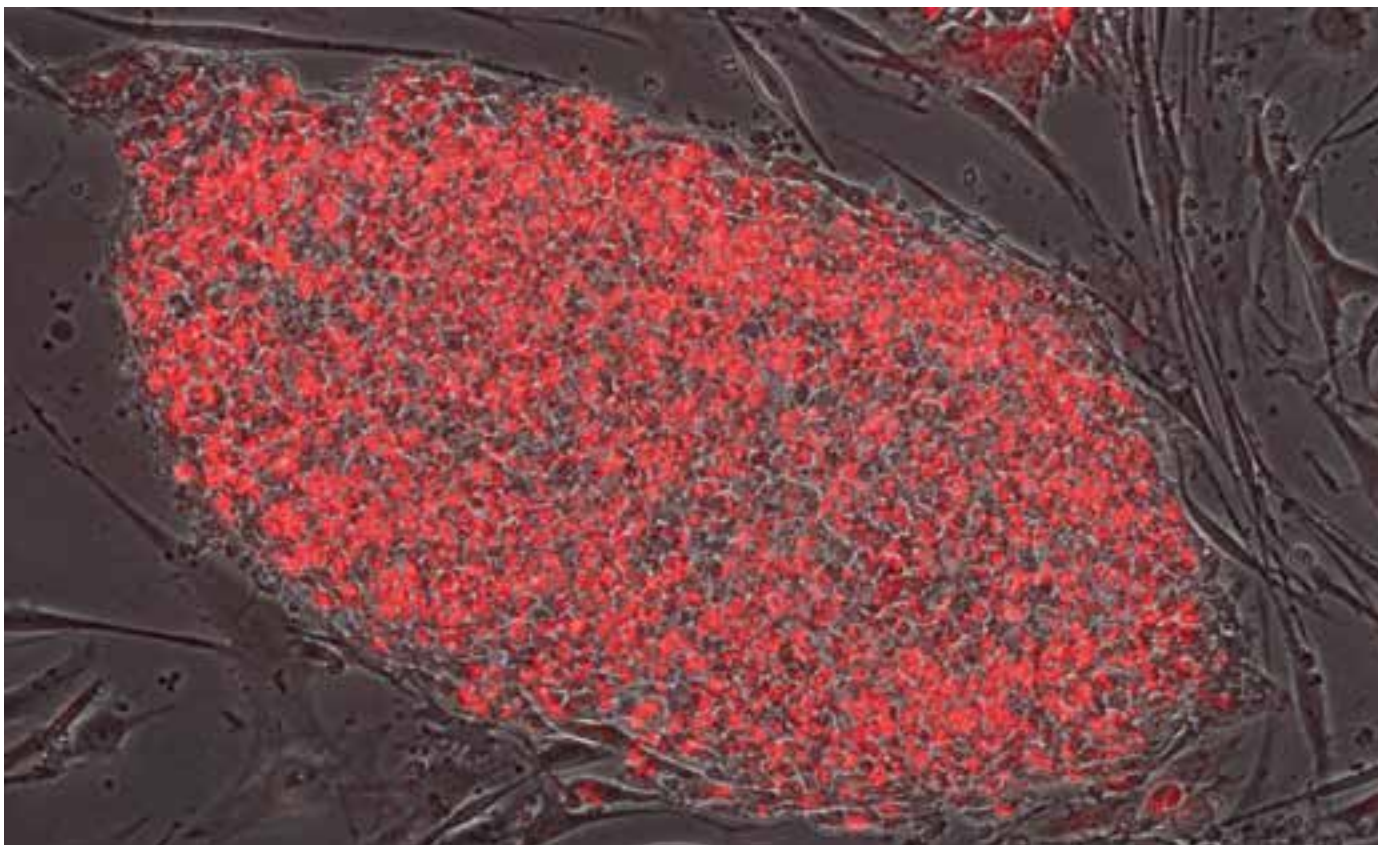
muszą być one jak najlepiej dopasowane genetycznie do biorcy, a zadaniem takich przeszczepów jest także wykorzystanie zdolności komórek szpiku od obcego dawcy do reakcji przeszczepu przeciw białaczce, w celu dodatkowej eliminacji komórek nowotworowych pacjenta.

Niewątpliwie, różne komórki macierzyste mają szansę szerszego zastosowania w terapii. Prowadzone są liczne badania podstawowe i wczesne próby kliniczne, np. w chorobach spichrzeniowych, chorobie Parkinsona, chorobie Stargarda, zwyrodnieniu plamki związanym z wiekiem czy też uszkodzeniu rdzenia kręgowego, podczas których pacjenci otrzymują komórki zróżnicowane lub progenitorowe, otrzymane z właściwie dobranych komórek macierzystych, dopasowane do tkanki, którą mają leczyć. Badania kliniczne są we wczesnej fazie i nie są dostępne komercyjnie.

REGENERACYJNE MITY

Tymczasem na całym świecie, w tym także w Polsce, chorzy natrafiają na informacje o terapii komórkami macierzystymi wielu chorób. Słyszczą o płatnych ofertach, w których określenie „komórka macierzysta”, odmieniane na wiele sposobów, odnosi się do podawania najczęściej obcych dla pacjentów komórek, często o wątpliwej „macierzystości”, pozyskiwanych z różnych, wspomnianych wyżej tkanek.

Pacjenci i rodzice ciężko chorych dzieci uzyskują informację, że komórki te nie zostaną odrzucone przez układ immunologiczny, bowiem są przez niego (rzekomo)



Kolonia ludzkich komórek macierzystych hodowanych w laboratorium (badania podstawowe ZBM WBBiB UJ finansowane przez Narodowe Centrum Nauki)

tolerowane. Dowiadują się, że komórki krwi pępowinowej czy komórki z galarety Whartona są skuteczne w leczeniu autyzmu, porażenia mózgowego dziecięcego, stwardnienia zanikowego bocznego, rdzeniowego zaniku mięśni, dystrofii mięśniowych, epilepsji czy w dziedzicznych ślepotach, mają pomagać po zawale serca, udarze mózgu czy nawet pacjentom w stanie wegetatywnym, a ostatnio ciężko chorym na COVID-19. Mają działanie immunomodulujące, parakrynnie, stymulując troficznie zdolności regeneracyjne organizmu poprzez transfer eksosomów, cytokin, mikroRNA oraz mitochondriów.

Celowo zgromadziłem w jednym miejscu kilka być może obco brzmiących terminów, ale tak wyglądają elementy tej swoistej strategii marketingowej, mającej skłonić do zdecydowania się na wysoce kosztowne, ale nazywane innowacyjnymi zabiegami z wykorzystaniem – oczywiście – „komórek macierzystych”. Bo w tym określeniu i takich specjalistycznych terminach wydaje się tkwić klucz do zachęcania pacjentów poprzez reklamy, ale także poprzez publikowanie prac naukowych, których zasadność, podstawy metodologiczne i sposób prezentacji wzbudzają wiele wątpliwości i zastrzeżeń

zarówno naukowców, jak i lekarzy.

Jak podkreśliłem wcześniej, stanowiska instytucji rejestrujących i najważniejszych towarzystw naukowych są jednoznaczne. Zwracają one uwagę na pojawianie się licznych prywatnych klinik proponujących niepotwierdzone terapie, a także na zagrożenia wynikające ze stosowania zbyt łagodnych kryteriów dopuszczania terapii eksperymentalnych.

CO NA TO NAUKA?

Wielokrotnie o braku zasadności stosowania i braku skuteczności komórek pobieranych z różnych narządów w leczeniu wad wrodzonych, dziedzicznych i nabytych chorób neurologicznych, chorób mięśni, oczu, skóry i innych informowali przedstawiciele FDA (Food and Drug Administration) – ostatnio w artykule w „JAMA” („Journal of American Medical Association”) w czerwcu 2020 r.¹

Towarzystwo naukowe ISSCR (International Society for Stem Cell Research) przygotowało w roku 2016 specjalne wytyczne przestrzegające przed tego rodzaju ofertami², w czerwcu 2019 r.³ ponowiło swoje zastrzeżenia, a we wrześniu tegoż roku jego ówczesny prezydent, prof. Deepak Srivastava, dyrektor Gladstone

Institute w San Francisco, w zdecydowanych słowach przestrzegał przed stosowaniem jednego rodzaju komórek w tak różnych chorobach⁴. Najnowsze wytyczne ISSCR z maja tego roku⁵, szeroko komentowane na łamach najważniejszych czasopism (w tym np. „Nature” i „Stem Cell Reports”⁶) podtrzymują wyrażane wcześniej zastrzeżenia – bo niestety problem nie znikł, a wręcz zdaje się nasilać.

28 kwietnia 2020 r. jednoznaczne stanowisko przedstawił Komitet ds. Terapii Zaawansowanych (CAT – Committee for Advanced Therapies) Europejskiej Agencji Leków (European Medicines Agency). Tłumaczenie tego oświadczenia ukazało się na stronie Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego⁷. Czytamy w nim: „Z uwagi na ogromny wzrost liczby terapii komórkowych reklamowanych jako leki stosowane w leczeniu wielu poważnych schorzeń, w tym nowotworów, chorób sercowo-naczyniowych, autyzmu, porażenia mózgowego, dystrofii mięśniowej i utraty wzroku, CAT ostrzega przed stosowaniem niepotwierdzonych terapii. Terapie takie mogą być nieskuteczne, zwiększać ryzyko poważnych działań niepożądanych, w tym infekcji, niepożądanych reakcji immunologicznych,

powstawania nowotworów, utraty wzroku, krwotoków mózgowych, a nawet prowadzić do śmierci”.

2 czerwca ub.r. ukazał się obszerny raport, przygotowany przez europejskie akademie nauk i akademie medyczne zrzeszone w naukowej radzie doradczej europejskich akademii nauk – EASAC (European Academies Science Advisory Council), której członkiem jest także Polska Akademia Nauk (PAN), oraz federacji europejskich akademii medycznych (FEAM – Federation of European Academies of Medicine). Informacje o raporcie EASAC-FEAM, w tym jego pełne polskie tłumaczenie, znajdują się na stronie PAN⁸.

W raporcie przestrzega się przed zagrożeniami tkwiącymi w nieuzasadnionych ofertach komercyjnych, ale zwraca się także uwagę na niebezpieczeństwa wynikające z faktu zbyt łagodnego podejścia instytucji regulujących, zezwalających na terapie eksperymentalne bez wystarczających podstaw. Należy podkreślić, że takie procedury, określone mianem eksperymentów leczniczych, wiążą się z kosztami ponoszonymi przez pacjentów i mają często charakter zabiegów bardzo inwazyjnych, jak np. podawanie obcych komórek dooponowo (dokanałowo) czy do obu gałek ocznych w trakcie jednego zabiegu.

ETYKA I PRAWO

Potwierdzeniem raportu EASAC-FEAM jest najnowsze stanowisko ponad 140 akademii naukowych i medycznych zrzeszonych w InterAcademy Partnership, opublikowane 29 lipca br.⁹. PAN wraz z Komitetem Biotechnologii PAN

zorganizowała 25 listopada ub.r. specjalne webinarium poświęcone raportowi EASAC-FEAM. Na stronie webinarium¹⁰ dostępne są wykłady zaproszonych gości, jak również zapis dyskusji, w której obok aspektów naukowych i krytyki rzekomej skuteczności „terapii” komórkowych, np. w autyzmie czy ślepotach, przedstawiono rozważania etyczne i prawne.

Stanowią one istotny element tego zagadnienia. Nie można bowiem przejść do porządku nad sugestiami, że problem wątpliwości merytorycznych (braku uzasadnienia naukowego) zostaje rozwiązany poprzez zatwierdzenie eksperymentu medycznego leczniczego przez lokalną komisję bioetyczną. Nie można uznać za wystarczające i zamykające dyskusję publikowanie opisów takich zabiegów w czasopismach naukowych, często o słabej reputacji, ale także tych powszechnie znanych. Niestety, jakość publikacji z tego zakresu budzi wiele wątpliwości, na co zwraca uwagę m.in. raport EASAC-FEAM. Tylko potwierdzenie skuteczności w uzasadnionych biologicznie i medycznie, właściwie zaplanowanych próbach klinicznych może być podstawą do rozważenia dopuszczalności tak często ryzykownych zabiegów. Decyzji, która powinna być w gestii instytucji mających odpowiednią wiedzę i rozeznanie w całej komplikacji zagadnienia. Czy takie kompetencje posiadają lokalne komisje bioetyczne?

Pojawia się także pytanie, czy zgodne z prawem jest stosowanie wyjątku szpitalnego na bardzo dużą skalę (można przeczytać nawet o kilku tysiącach pacjentów, dla których przygotowano

komórki nazywane macierzystymi), gdy z definicji taki wyjątek powinien być stosowany jedynie w ograniczonym zakresie? I w sytuacji rzeczywiście uzasadnionej – a czy tak jest np. u dzieci z autyzmem? Warto zwrócić uwagę na dramatyczny apel lekarki pediatry z Massachusetts Medical School w Worcester, sprzeciwiającej się inwazyjnym zabiegom z komórkami „macierzystymi”¹¹, czy na petycję kilkunastu tysięcy osób w USA i Kanadzie wnioskujących o zamknięcie reklamowanego przez zespół z Duke University podawania dzieciom z autyzmem komórek z krwi pępowinowej czy galarety Whartona.

Zdaniem wspomnianych wyżej oficjalnych stanowisk pacjenci nie powinni być obciążani kosztami za eksperymentalne terapie. Co prawda polskie prawo nie zabrania płacenia za eksperymenty lecznicze, chociaż podczas ostatniej nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty była próba wprowadzenia takiego zapisu. Niemniej można postawić pytanie, czy etyczne jest pobieranie opłat za budzące tak liczne wątpliwości zabiegi, opłat często sięgających kilkuset tysięcy złotych, skłaniających do zbiorów publicznych czy zaciągania kredytów?

Przedstawione pokrótce w tym tekście problemy są przedmiotem analiz zespołu powołanego przez Naczelną Radę Lekarską. Rzetelne zajęcie się nimi jest kluczowe dla dobra pacjentów, polskiej medycyny i nauki. Jakość usług medycznych i nauki w Polsce nie zwiększy się bowiem poprzez propagowanie pozornie innowacyjnych zabiegów i badań. ■

Cytowane piśmiennictwo

1. P.W. Marks, S. Hahn, „Identifying the Risks of Unproven Regenerative Medicine Therapies”, *JAMA* (2020), doi:10.1001/jama.2020.9375
2. ISSCR Guidelines – 2016: <http://www.isscr.org>
3. How to report false marketing claims and adverse events from clinics offering unapproved stem cells “therapies” – ISSCR, 20 June 2019 – <https://www.closerlookstemcells.org/patient-resources/>
4. Deepak Srivastava – Don’t believe everything you hear about Stem cells, *Scientific American* – September 4, 2019
5. ISSCR Guidelines for Stem Cell Research and Clinical Translation – May 2021 <https://www.isscr.org/policy/>

6. Turner, L. ISSCR Guidelines for Stem Cell Research and Clinical Translation: Supporting development of safe and efficacious stem cell-based interventions. *Stem Cell Reports* 16, 1394–1397 (2021).
7. Ostrzeżenie EMA przed stosowaniem niepotwierdzonych terapii komórkowych – Główny Inspektorat Farmaceutyczny – Portal Gov.pl. Główny Inspektorat Farmaceutyczny <https://www.gov.pl/web/gid/ostrzezenie-ema-przed-stosowaniem-niepotwierdzonych-terapii-komorkowych>
8. Akademia nauk ostrzega przed „cudownymi” terapiami komórkami macierzystymi. PAN – 2 czerwca 2020 – <https://informacje.pan.pl>
9. Światowe akademie o medycynie regeneracyjnej – PAN – 3 sierpnia 2021, <https://informacje.pan.pl>
10. Webinarium PAN i Komitetu Biotechnologii PAN – 25 listopada 2020 r. – Medycyna regeneracyjna, <https://konferencja.pan.pl/medycyna-regeneracyjna/index.html>
11. H. Finlay-Morreale, „Invasive therapy for children with autism is not justified”, *Stem Cells Transl Med* 10, 826 (2021), doi: 10.1002/scrm.20-0434.

OGŁOSZENIE PŁATNE

Załamanie systemu

Kardiologzy alarmują, że w czasie pandemii COVID-19 odnotowano największy od lat wzrost śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

Lucyna Krysiak dziennikarz

W stosunku do roku 2019 liczba zgonów zwiększyła się o 16,7 proc., co – jak twierdzą eksperci w tej dziedzinie – pokazuje, że system opieki nad pacjentami kardiologicznymi załamał się.

MNIEJ ZABIEGÓW

Prof. Adam Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przyznaje, że to pandemia zdewastowała kardiologię. W 2020 r., w pierwszym półroczu jej trwania, liczba leczonych zawałów serca zmniejszyła się o 35 proc., a aż o 74 proc. spadła liczba wykonywanych zabiegów u pacjentów planowych. Znaczące spadki odnotowano także w liczbie wykonywanych procedur w elektrofizjologii i elektroterapii. Do roku 2019 notowano wyraźny i stały wzrost liczby ablacji o podłożu arytmii, tymczasem w 2020 r. wystąpił 11-proc. spadek dotyczący wykonywania tych procedur. O 16 proc. zmniejszyła się także ilość wszczepień i wymiany urządzeń wszczepialnych, takich jak stymulatory serca, kardiowertery-defibrylatory czy układy do terapii resynchronizujących. Także w zakresie innych procedur elektrofizjologii i elektroterapii kardiologicznej odnotowano spadki wynoszące od kilku do kilkunastu proc.

Prof. Witkowski podkreśla, że są to najgorsze wyniki od wielu lat i o wiele gorsze niż w przypadku innych chorób cywilizacyjnych, w tym onkologicznych. Uważa, że

oprócz COVID-19 i nadużywania w pandemii teleporad, zwłaszcza w przypadku chorych kardiologicznie pierwszorazowych, to skutek strachu samych pacjentów przed pobytem w szpitalu. – Nawet chorzy, którzy mieli bóle w klatce piersiowej, ostry zawał serca czy ostrą zatorowość płucną, nie wzywali pogotowia na czas z obawy przed hospitalizacją, a należy pamiętać, że śmiertelność nieleczzonego zawału wynosi aż 40 proc., a leczonego przy pomocy przezskórnej angioplastyki wieńcowej tylko 3-5 proc. – wyjaśnia prezes PTK.

CO DALEJ Z KOS I KONS?

Kompleksowa koordynowana opieka nad pacjentem po zawale serca, czyli program KOS-zawał, to w opinii ekspertów ewenement na skalę światową. Udowodniono, że pacjenci, którzy znaleźli się w tym programie (mają na rok z góry zaplanowane wizyty u kardiologa, rehabilitację i określony program leczenia), umierają zdecydowanie rzadziej niż chorzy nim nieobjęci. Co więcej, po zakończeniu leczenia w ramach programu ich śmiertelność jest wciąż niższa w kolejnych latach. Mimo to, tylko 11 proc. chorych, którzy kwalifikowali się do programu, z niego korzysta.

Prof. Witkowski uważa, że objęcie programem KOS-zawał powinno być obligatoryjne dla wszystkich szpitali, które leczą pacjentów z ostrym zawałem serca. – Wprawdzie nigdy nie dojdziemy do objęcia programem wszystkich kwalifikujących się, ale już

50-60-proc. frekwencja w znacznym stopniu obniżyłaby śmiertelność z powodu tej choroby i poprawiła jakość życia chorych – zaznacza prezes PTK i dodaje, że barierą w osiągnięciu tego celu jest niechęć samych pacjentów do przemieszczania się do oddziałów rehabilitacji oddalonych od ich domów oraz niechęć lekarzy do wypełniania dodatkowej dokumentacji i sporządzania sprawozdań w związku z kwalifikacją chorego do KOS-zawał.

Natomiast program KONS (opieka nad pacjentami z niewydolnością serca), uważany swego czasu za wielki sukces kardiologii, stoi dziś w miejscu i nie wiadomo, czy kiedykolwiek ruszy, mimo że w Polsce jest 1 mln 300 tys. chorych z niewydolnością serca potrzebujących nowoczesnego leczenia i rehabilitacji. Zamiast szybkiego uruchomienia KONS, Ministerstwo Zdrowia powołało Krajową Sieć Kardiologiczną, której pilotaż obejmujący woj. mazowieckie zakłada szybkie i Nielimitowane ścieżki leczenia dla chorych z niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami rytmu serca, w tym migotania przedsionków oraz wadami zastawkowymi. – To krok w dobrym kierunku, ale wymaga dopracowania. Aby faktycznie zmniejszyć śmiertelność w chorobach sercowo-naczyniowych, oprócz skutecznego leczenia szpitalnego musimy mieć efektywną opiekę pozabiegową – podsumowuje prof. Witkowski. ■

Źródło:
II Debatę Media Świadome Kardiologii, Fundacja Instytut Świadomości, WCCJ, Pacjent w Centrum



JUBILEUSZOWY KONGRES KARDIOLOGÓW

W dniach **22 września – 2 października br.** odbędzie się XXV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Wydarzenie będzie zorganizowane w formule online.

Tradycyjnie, w programie spotkania zaplanowano debaty na temat najnowszych badań naukowych z zakresu chorób układu krążenia, a także obowiązujących wytycznych, zaleceń czy metod diagnostycznych. Ich transmisje odbywać się będą równolegle z pięciu wirtualnych sal.

Kongres odbędzie się w dwóch turach. W dniach **22-25 września** oprócz głównych obchodów jubileuszu kongresów transmitowane będą sesje dydaktyczne i naukowe. Na kolejne dni spotkania zaplanowano sesje asocjacji i sekcji PTK.

Kongres otrzymał patronat honorowy Prezydenta RP, a w Komitecie honorowym znalazła się m.in. Naczelna Izba Lekarska. „Gazeta Lekarska” jest patronem medialnym wydarzenia.

Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej <https://kongres2021.ptkardio.pl>



FINANSOWANIE

Sieć nie uratuje kardiologii

Z prof. Jarosławem Kaźmierczakiem, konsultantem krajowym w dziedzinie kardiologii, rozmawia Lucyna Krysiak.

Powstała Krajowa Sieć Kardiologiczna – czego można oczekiwać po tym projekcie i na jakim etapie jest jego realizacja?

To projekt ministerialny, który obecnie jest na etapie pilotażu. Za jego koordynację odpowiada Narodowy Instytut Kardiologii w Warszawie. Pilotaż ruszył w maju br. i ma objąć 17 tys. chorych z woj. mazowieckiego. Potrwa dwa lata. Będą mogli z niego skorzystać pacjenci z niewydolnością serca, nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami rytmu serca i zastawkowymi wadami serca. KSK powinna skrócić czas ich pierwotnej diagnostyki.

Co do innych chorób sercowo-naczyniowych, nie mamy informacji, czy będą sukcesywnie włączane do programu, będą więc one podlegać dotychczasowej formule leczenia ambulatoryjnej i szpitalnej w obowiązujących strukturach.

Jaki los czeka programy KOS-zawał i KONS, które tak świetnie się zapowiadały? Czy należy się obawiać, że w kontekście powołania KSK, umrą śmiercią naturalną?

Choroby sercowo-naczyniowe wciąż dominują w Polsce, jeśli chodzi o wskaźniki zachorowalności i umieralności, i pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej z pewnością nie poprawi tych statystyk z powodu ograniczonego zasięgu (jedno województwo). Jeśli KSK obejmie cały kraj, to oczywiście należy się spodziewać poprawy.

Mogę jedynie zapewnić, że KOS-zawał, dotyczący kompleksowej opieki nad chorymi po zawale serca, wciąż działa, choć nie w takim zakresie, w jakim byśmy tego chcieli, co ma związek z COVID-19. Jednak przez te cztery lata funkcjonowania się rozszerzył, obejmuje obecnie ponad 70 szpitali w Polsce, choć docelowo powinno w nim uczestniczyć przynajmniej 150. Jest finansowany na dotychczasowym poziomie i wszystko wskazuje na to, że to się nie zmieni i do programu będą dołączać kolejne ośrodki.

Z kolei program KONS, stworzony dla chorych z niewydolnością serca, nie zdążył w ogóle zafunkcjonować i mimo że jego założenia w części pokrywają się z koncepcjami KSK, jego dalsze losy są niepewne.

Pandemia COVID-19 sprawiła, że kardiologia znalazła się w zapaści. Czy Krajowa Sieć Kardiologiczna może to zmienić?

Chciałbym w to wierzyć, ale sam pilotaż niczego nie zmieni. Na razie program nawet nie zafunkcjonował w takim stopniu, w jakim zakładano, czemu nie sprzyjał sezon urlopowy i ciągnąca się trzecia fala pandemii. KSK ma też inne ograniczenia – nie obejmuje całej kardiologii, dotyczy tylko jednego regionu i choć jest to duży obszar, na pewno jest lepiej wyposażony w placówki



Prof. Jarosław Kaźmierczak

kardiologiczne i sprzęt, lepiej też finansowany niż inne ośrodki w Polsce, więc nie może być reprezentatywny. Dobrze byłoby wprowadzić pilotaż KSK dodatkowo w dwóch-trzech mniejszych województwach, gdzie jest gorsza infrastruktura medyczna, wówczas obraz objętych programem regionów byłby bardziej zbliżony do realiów. KSK jest jednak sygnałem, że w kardiologii coś się dzieje, że są próby ratowania trudnej sytuacji, w której znalazła się ta specjalność.

Może trzeba wielu działań skoordynowanych z siecią?

Na pewno tak. Czeką nas napór dużej liczby pacjentów z chorobami układu krążenia, których leczenie przekładano z powodu pandemii, będą więc potrzebne szybsze i szersze działania. Wystarczy jednak dawno uznane, sprawdzone i skuteczne metody możliwie szybko wdrażać w całym kraju, a inne modyfikować poza szumnie nazywanymi programami.

W kardiologii, tak jak w innych specjalnościach, środki na działalność są limitowane i to jest poważne ograniczenie. Należy się więc bliżej przyjrzeć finansowaniu, np. procedur w kardiologicznej opiece ambulatoryjnej. Wprawdzie zniesiono limity przyjęć, ale wycena procedur pozostała na takim samym poziomie. Nie zmieniła się też dostępność do nowoczesnej farmakoterapii. Od 10 lat żaden nowy lek kardiologiczny nie doczekał się otwartej refundacji, np. leki na niewydolność serca, o których refundację staramy się od 7 lat i jesteśmy jedynym krajem w UE, gdzie jej nie ma. Te i wiele innych terapii jest niedostępnych dla naszych pacjentów, bo są za drogie. Sieć tego nie zmieni, choć w znacznym stopniu może usprawnić diagnostykę. ■



Potencjał niewolnika i wolnego człowieka

Serdecznie dziękuję za opublikowanie w Naszym Czasopiśmie nr 07-08|2021 listu do redakcji pt. „Kwestia identyfikacji z własnym Państwem” Pana dr. Zbigniewa Bulczaka, lekarza internisty. Problem jest szczególnie „wrażliwy” w czasie pandemii COVID-19. Obecnie rodzi się konieczność jednoznacznej odpowiedzi na pytanie „Czy medycyna to biznes, czy służba?”. Taka dyskusja i badania są prowadzone w wielu krajach przez porównanie jakości pracy publicznego i prywatnego sektora służby zdrowia w trakcie epidemii COVID-19. Osobiście uważam, że istotą pracy lekarza jest szukanie prawdy. Najpierw w wymiarze medycznym jako podstawy diagnozy, z czasem w wymiarze filozoficznym, bo z profesjonalistów stajemy się artystami szukającymi w chorym piękna ukrytego pod „maską” choroby, wreszcie w metafizycznym wymiarze – kiedy stajemy przed ostatecznym pytaniem, które dotyczy również nas samych: „co potem?”.

Szukanie prawdy jest istotą zawodu lekarza i implikuje wolność tego zawodu. Oczywiście wymaga to mentalności „wolnego człowieka”. Człowiek o mentalności przeciwnej nie szuka prawdy, ale „co z tego można mieć”. Król o „mentalności niewolnika” staje się tyranem. Arystokrata o „mentalności niewolnika” staje się oligarchą, a demokracja złożona z ludzi o „mentalności niewolników” staje się ochłokracją. W swojej antropologii lekarz, jak każdy człowiek, ma ukryty zarówno potencjał „niewolnika”, jak i wolnego człowieka. Czy potencjał „wolnego człowieka” bardziej w nas aktualizuje medycyna jako biznes czy medycyna jako służba? Każdy lekarz musi na to pytanie odpowiedzieć w swoim sumieniu i działaniu. ■

Stary lekarz Wiktor Chmielarczyk

Zaburzenia snu a władza autorytarna

Z wielkim zainteresowaniem przeczytałem w „Gazecie Lekarskiej” nr 07-08/2021 artykuł „SARS-CoV-2 nie odpuści. Zaśnięciu nie pomaga liczenie baranów”. Jest to rozmowa z dr. n. med. Michałem Skalskim, psychiatrą z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie.

Interesuje mnie to przede wszystkim, ponieważ jestem psychiatrą i wielokrotnie byłem na stażach i szkoleniach, m.in. w Klinice Psychiatrycznej w Warszawie na Nowowiejskiej, pierwszy raz ponad 50 lat temu. Byłem ordynatorem oddziału psychiatrycznego przez 35 lat, biegłym sądu okręgowego w dziedzinie psychiatrii ponad 50 lat.

Obecnie, po ukończeniu 80 lat, jestem na zasłużonej emeryturze. Najciekawsze jest w wywiadzie z dr. n. med. M. Skalskim stwierdzenie, że aż 30 proc. Europejczyków, a w tym 50 proc. Polaków, Węgrów i Turków, cierpi na zaburzenia snu. Chciałbym to rozwinąć i starać się wytłumaczyć, skąd tak wielka różnica i tak częste zaburzenia snu w tych trzech krajach. Wydaje mi się, że wynika to z konfliktu z władzą autorytarną – łamiącą prawa człowieka, demokrację, praworządność. W takiej sytuacji występują u obywateli znacznie częstsze zaburzenia depresyjne, zaburzenia snu i samobójstwa (takim przykładem były Węgry w 1956 r.).

Przemyślenia te kieruję specjalnie do lekarza Zbigniewa Bulczaka, który w ostatnim numerze „Gazety Lekarskiej” krytykuje stanowisko „GL” („Kwestia identyfikacji z własnym państwem”, rubryka „Głos czytelników”). ■

Ryszard Ćwiakała, specjalista psychiatrii, Kielce

O tajemnicy lekarskiej ciąg dalszy

W poprzednim numerze „Gazety Lekarskiej” ukazał się tekst dra K. Madeja, poświęcony tajemnicy lekarskiej¹, który przynajmniej we wstępnej jego części odnosi się do monografii naukowej mojego autorstwa: „Lekarz w procesie karnym jako gwarant tajemnicy lekarskiej”². Z przywołanego artykułu płyną dwa wnioski: 1. obserwuje się rosnącą ingerencję władzy w sferę tajemnicy lekarskiej; 2. tajemnica lekarska już w zasadzie nie istnieje. O ile całkowicie zgadzam się z pierwszym z wniosków, to nie mogę zgodzić się z drugim z nich.

Na wstępie wskazać należy, że swoistym stereotypem myślenia o lekarzu w procesie karnym jest niemalże intuicyjne łączenie funkcji gwaranta wyłącznie z rolą oskarżonego. Lekarz może zaś uczestniczyć we wspomnianym procesie również jako pokrzywdzony (a co za tym idzie – oskarżyciel posiłkowy/prywatny), świadek, biegły czy lekarz sądowy. We wszystkich tych konfiguracjach obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, wynikający z art. 40 UZL, rzeczywiście stawia nas w roli gwaranta. Niemniej, w płaszczyźnie procesowej wiąże się to z przyznaniem szeregu uprawnień, z których lekarz może (i powinien) korzystać. Do najważniejszych należą:

- prawo do odmowy złożenia zeznań (w zakresie informacji objętych tajemnicą lekarską), do czasu wydania przez sąd postanowienia o zwolnieniu lekarza występującego w roli świadka z tajemnicy (art. 180 § 2 KPK) bądź zaistnienia innej podstawy wyłączającej obowiązek jej zachowania;
- prawo do złożenia zażalenia na ww. postanowienie;
- niemożność zastosowania wobec lekarza, który odmówi złożenia zeznań w oparciu o powyższe przepisy, kar porządkowych przewidzianych w KPK;
- prawo do ujawniania wszelkich okoliczności objętych tajemnicą, w celu odparcia zarzutów kierowanych pod adresem oskarżonego lekarza (prawo do obrony każdorazowo uchyła obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej).

Odnosząc się do innych procedur, wskazać należy, że lekarz uczestniczący w postępowaniu cywilnym ma prawo odmówić odpowiedzi na zadawane mu pytania, jeśli odpowiedź wiązałaby się z naruszeniem tajemnicy lekarskiej (art. 261 § 2 KPC). To samo dotyczy postępowania administracyjnego (art. 83 § 2 KPA). W sprawach o wykroczenia możliwość zwolnienia lekarza z tajemnicy została zaś *ex lege* wyłączona (art. 41 § 4 KPW).

Warto też podkreślić, że tajemnica chroni „sekrety” pacjenta nie tylko przed organami władzy, ale również przed osobami postronnymi (np. znajomymi pacjenta). Swoistym paradygmatem lekarskiej profesji pozostaje więc zachowanie wszystkich informacji uzyskanych od pacjenta w tajemnicy, chyba że owa zasada zostanie przełamana przez konkretny przepis prawa.

Nie można więc podzielić tezy, iż „tajemnica lekarska już w zasadzie nie istnieje”. Przyjęcie takiego założenia byłoby równoznaczne ze stwierdzeniem, że obowiązek jej ochrony również przestał istnieć (tak w relacji z władzą, jak i osobami postronnymi). Odrzucenie ww. paradygmatu prowadziłyby zaś do groźnej konstatacji, iż informacje przekazywane w gabinecie lekarskim mogą być swobodnie rozpowszechniane.

Bezsprzecznym pozostaje natomiast, iż wprowadzane na przestrzeni ostatnich lat zmiany przepisów prowadzą do coraz większej ingerencji w sferę tajemnic prawnie chronionych, w tym tajemnicy lekarskiej, co należy ocenić jednoznacznie negatywnie. Przykładem są szeroko krytykowane uprawnienia przyznane osobom bliskim zmarłego pacjenta. W tym kontekście warto przypomnieć, że w razie uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy jest osobą bliską zmarłego pacjenta, również lekarz może wystąpić do sądu z wnioskiem o weryfikację dopuszczalności takiego zwolnienia (art. 14 ust. 6 UPP).

Chociaż jako lekarze nie mamy bezpośredniego wpływu na działania władzy i wprowadzane zmiany legislacyjne, to nadal odpowiadamy za ochronę powierzonych nam informacji *ad casum* i posiadamy ku temu omówione powyżej narzędzia. Lekarz, który z nich korzysta, nie może być pociągany do jakiegokolwiek odpowiedzialności (np. pod zarzutem utrudniania postępowania). ■

Marcin Burdzik, lekarz i prawnik; Centrum Psychiatrii im. dr. K. Czumy w Katowicach, Zespół Prawa Karnego Procesowego w Instytucie Nauk Prawnych Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

¹ „Tajemnica dr. Poliszynela”, GL/07-8/21, s. 8-9

² Warszawa 2021, Wolters Kluwer

³ zob.: M. Burdzik, A. Nowak, Chowaniec Cz., „Tajemnica lekarska w świetle nowelizacji z kodeksu postępowania karnego z 10.06.2016 r.”, Państwo i Prawo 9/19, s. 128-145

Skróty: UZL – ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790); KPK – ustawa z 6.6.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 534); KPC – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 1575); KPA – ustawa z 14.6.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 735); KPW – ustawa z 24.8.2001 r. – Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz.U. z 2021 r. poz. 457); UPP – ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849).

KOMENTARZ

Bardzo dziękuję za... życzliwą reakcję na mój felieton pt. „Tajemnica dr. Poliszynela”. Chciałem napisać „polemikę”, lecz sądzę, że aby polemika miała miejsce, niezbędna jest wspólna płaszczyzna sporu. Tymczasem odnoszę wrażenie, że tok myślenia jurysty i felietonisty przebiegają odrębnymi ścieżkami. Jurysta stoi na stanowisku, że jakieś zjawisko istnieje, ponieważ jest opisane w normie prawnej. Felietonista natomiast może pozwolić sobie na dezygnację i poddawanie w wątpliwość istnienia i faktów, i idei, pomimo tego, że są opisane w prawie.

Tajemnicę lekarską, bo o niej rozprawiamy, wolalbyśmy nazywać tajemnicą pacjenta, a lekarza tylko depozytariuszem tej tajemnicy. Tyle tylko, że tych depozytariuszy gwałtownie przybywa, a ponieważ nie są oni lekarzami (urzędnicy, informatycy, dyski twarde serwerów bazodanowych), więc tajemnica lekarska nie może być gwarantowana przez lekarzy. Środowisko lekarskie jest w najwyższym stopniu zaniepokojone rozwojem wypadków w tzw. „przetwarzaniu danych” medycznych. Ale cóż – jeśli społeczeństwo tego sobie życzy... Tyle już ugruntowanych wielowiekowej tradycją porządków etycznych upadło.

Odnoszę się tylko do sformułowania: „wprowadzane na przestrzeni ostatnich lat zmiany przepisów prowadzą do coraz większej ingerencji w sferę tajemnicy lekarskiej, co należy ocenić jednoznacznie negatywnie”. Zabieram głos jako działacz samorządu, organizacji, która ma zapisaną w prawie kompetencję wpływania na kształt prawa medycznego. Ograniczenie się do jednoznacznie negatywnej oceny jest zaledwie jedną z twarzy kryzysu w medycznej legislaturze.

*Pozdrawiam
Krzysztof Madej*

W PIGUŁCE

Kolejne zakażenia

W ciągu ostatnich dwóch miesięcy (lipiec-sierpień) odnotowano prawie 40 mln nowych przypadków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 na całym świecie. W tym czasie z powodu COVID-19 zmarło niemal 0,5 mln ludzi. O ile na początku wakacji globalnie przybywało nieco ponad 400 tys. zakażonych dziennie, o tyle już pod koniec sierpnia – nawet ponad 700 tys. Wszyscy zadają sobie pytanie, czy jesienią dojdzie do kolejnego kryzysu pandemicznego.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, od początku wybuchu pandemii do 30 sierpnia br. potwierdzono w sumie ok. 218 mln zakażonych koronawirusem (z czego 18,5 mln to przypadki aktywne) i ponad 4,5 mln zgonów z powodu COVID-19.

W dalszym ciągu liderem pod względem osób z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 jest USA (niemal 40 mln). W ostatnich tygodniach wakacji wirus niestety coraz bardziej daje o sobie znać w tym kraju (nawet 190 tys. zakażonych dziennie pod koniec sierpnia, gdy jeszcze w czerwcu było 10-15 tys. nowych przypadków w ciągu doby). Na drugim miejscu pod względem liczby osób zakażonych są Indie (32,7 mln), jednak tam ostatnio można zaobserwować wyraźne uspokojenie (w porównaniu do sytuacji sprzed kilku miesięcy). Trzecim państwem na świecie



Mieszkańcy prowincji Phang Nga przed szczepieniem przeciwko COVID-19, 16 sierpnia 2021 r., Tajlandia.

pod względem liczby zakażonych jest Brazylia (20,7 mln) – tutaj także po trudnej wiosnie widać zmniejszenie aktywności koronawirusa.

Patogen jest coraz bardziej aktywny m.in. w Rosji, we Francji, w Wielkiej Brytanii, a także w Izraelu. Obecnie najtrudniejsza sytuacja (najwięcej zakażeń od początku pandemii) występuje m.in. w Iranie, na Filipinach, w Japonii, w Korei Południowej, w Tajlandii, w Nowej Zelandii, a także w Australii, która jeszcze do

niedawna była postrzegana jako kraj, który SARS-CoV-2 omija szerokim łukiem. Stosowana tam restrykcyjna polityka „zero COVID” (restrykcyjne lokalne obostrzenia nawet w przypadku niewielkiej liczby zakażeń) jak dotąd przynosiła wymierne rezultaty, niestety od czerwca kraj ten boryka się z największą od początku pandemii falą zakażeń. Według ostatnich deklaracji australijskich władz luzowanie obostrzeń może tam nastąpić, gdy dojdzie do wyszczenia 70-80 proc. dorosłej populacji tego kraju (na razie zaszczepionych jest mniej niż 30 proc.).

Szczepienia przeciwko COVID-19 są prowadzone na całym świecie. Do 30 sierpnia niemal 40 proc. światowej dorosłej populacji otrzymało już co najmniej jedną dawkę szczepionki, ale jest wśród nich tylko 1,6 proc. osób pochodzących z najbiedniejszych krajów (dane: Our World in Data, statystyki opracowywane przez badaczy z Uniwersytetu Oksfordzkiego). W pełni zaszczepiona jest już cała dorosła populacja Gibraltaru, 80 proc. Maltańczyków, 75 proc. Singapurczyków, 74 proc. mieszkańców Zjednoczonych Emiratów Arabskich, a także m.in. ponad 70 proc. Portugalczyków, Duńczyków i Katarczyków, ale już tylko ok. 25 proc. Rosjan i niecałe 30 proc. mieszkańców Brazylii i Korei Południowej. ■

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

Sceptyczni wobec e-wizyt

Większość lekarzy praktykujących w Korei Południowej jest przeciwna wprowadzeniu na stałe możliwości konsultacji lekarskiej na odległość i wypisywaniu recept „na telefon” – wynika z sondażu przeprowadzonego przez Korea Medical Association (KMA). Na telekonsultacje zezwolono w tym kraju tymczasowo z powodu pandemii COVID-19.

W badaniu udział wzięło ponad 6,3 tys. lekarzy – aż 77 proc. z nich ma negatywną

opinię na temat udzielania teleporad, w tym ordynowania leków na receptę bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Głównym powodem niechęci do e-wizyt jest trudność w prawidłowym zdiagnozowaniu pacjenta, przez co może być zagrożone bezpieczeństwo chorego.

KMA, komentując wyniki ankiety, stwierdziła, że istnieje potrzeba stworzenia jasnych wytycznych dotyczących leczenia na odległość, które ułatwiłyby pracę lekarzom, z jednoczesnym

zastrzeżeniem, że jeśli lekarz ma jakiegokolwiek wątpliwości co do postawienia słusznej diagnozy, zawsze musi mieć możliwość realizacji wizyty stacjonarnej. Potrzebne jest też zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i świadczeniodawcom usług medycznych pod kątem m.in. ochrony prawnej, zabezpieczania danych czy kwestii związanych z ewentualnymi odszkodowaniami. ■

Źródło: KMA, „Korea Biomedical Review”

Kto zarabia najwięcej?

W których krajach lekarze otrzymują największe wynagrodzenia za swoją pracę? W najnowszym raporcie Medscape porównano zarobki medyków z USA, Wielkiej Brytanii, Niemiec, Francji, Hiszpanii, Brazylii, Meksyku oraz Włoch.

Na czele stawki znaleźli się amerykańscy lekarze (316 tys. USD rocznie), a na dole – Meksykanie (12 tys. USD). Drugie miejsce przypadło Niemcom (183 tys. USD), a trzecie – Brytyjczykom (138 tys. USD). Francuscy lekarze zarabiają średnio 98 tys. USD rocznie, Włosi

– 70 tys. USD, Hiszpanie – 57 tys. USD, a Brazylijczycy – 47 tys. USD. W każdym z krajów widać wyraźną różnicę w zarobkach mężczyzn i kobiet (na niekorzyść kobiet, największe dysproporcje występują w Meksyku, najmniejsze w USA i Hiszpanii). Porównując wynagrodzenia lekarzy, trzeba mieć na uwadze koszt życia w poszczególnych krajach. Jest on o wiele wyższy w USA i Francji niż w Meksyku czy choćby Hiszpanii.

Czy lekarze są zadowoleni z pensji, jakie otrzymują? 59 proc. Amerykanów i 43 proc. Niemców jest

usatysfakcjonowanych zarobkami. Najgorzej swoją sytuację finansową ocenili Hiszpanie i Włosi (odpowiednio 14 proc. i 18 proc. zadowolonych). Jednocześnie zdecydowana większość wszystkich ankietowanych nie zmieniłaby ścieżki zawodowej i gdyby miała ponownie wybierać, nadal zdecydowałaby się na wybór studiów medycznych i podjęcie pracy w zawodzie lekarza. ■

Źródło: MEDSCAPE, „International Physician Compensation Report 2021”

Seksizm w pracy

9 na 10 lekarek z Wielkiej Brytanii doświadczyło seksizmu w miejscu pracy, a niemal połowa z nich czuła, że nie mogła tego nigdzie zgłosić – wynika z raportu opublikowanego pod koniec sierpnia przez British Medical Association.

W badaniu udział wzięło ponad 2 tys. lekarek praktykujących w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej (NHS). Aż 91 proc. z nich przyznała, że w ciągu ostatnich dwóch lat doświadczyła seksizmu w czasie pracy. 61 proc. z nich czuła się zniechęcona do pracy w określonej specjalizacji ze względu na swoją płeć, a 70 proc. uważała, że ich zdolności są niedoceniane przez to, że są kobietami.

Ponad połowa ankietowanych lekarek spotkała się z niechcianymi komentarzami na temat swojej płci, a jedna trzecia doświadczyła niechcianego kontaktu fizycznego. ■

Źródło: BMA, www.bmj.com

REKLAMA

GERIATRIA

O pacjentach szczególnych

Z prof. Dorotą Religą, zastępcą kierownika Katedry Geriatrii Klinicznej w Departamencie Neurobiologii, Nauk o Zdrowiu i Społeczeństwie w Instytucie Karolinska w Szwecji, oraz dr. Jarosławem Derejczykiem, byłym wieloletnim dyrektorem Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach, rozmawia Lidia Sulikowska.



Dr Jarosław Derejczyk:
– W Polsce aż połowa 80-latków to osoby kruche. Niestety w szpitalach nie używa się testów do oceny stanu kruchości. Wielka szkoda, bo dzięki niej można precyzyjnie przygotować pacjenta do zabiegu.



Prof. Dorota Religa:
– W Szwecji duży nacisk kładzie się na to, aby możliwie jak najdłużej mieszkać w domu – czasem niestety mam wrażenie, że aż do przesady.

Panie doktorze, jest pan lekarzem 115-letniej pacjentki, cieszącej się – jak na swój wiek – naprawdę dobrą kondycją. Skąd taki fenomen życia?

Dr Jarosław Derejczyk: Takie osoby to rzadkość – i to nie tylko w naszym kraju, ale w skali Europy, a nawet świata. Są to tzw. superstulatkowie – ich organizmy starzeją się w naturalny sposób, nie poddając się czynnikom, które nam szkodzą, nie dopadają ich choroby cywilizacyjne, długo jasno myślą, prowadzą sensowny dialog. Pani Tekla Juniewicz jest właśnie superstulatką. Prowadzi w okresach aktywności płynnie rozmowę, zachowała zdolność ironii i dowcipu, używa bogatego słownictwa. Kontakt z nią to prawdziwa przyjemność. Praktycznie nie przyjmuje leków. Oczywiście potrzebuje opieki rodziny i widoczne są słabości, które powodują, że nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie, ale życzyłbym każdemu takiej starości. Jej stan to absolutnie nie moja zasługa, po prostu niektóre osoby mają tak fantastyczne geny, a okresowa pomoc medyczna w przypadku pani Tekli prowadzona jest przez doświadczony zespół medyczny z udziałem lekarza rodzinnego, geriatrów i gastrologów.

Prof. Dorota Religa: Żyjemy coraz dłużej i bez wątpienia jest to sukces nas samych, ale też medycyny. Jest duża szansa, aby coraz więcej osób było superstulatkami, dlatego zaczniemy uważać i doceniać geriatrię.

Wzrost liczby pacjentów w wieku senioralnym to przywilej ludzkości, ale też ogromne wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej.

J.D.: To prawda, dlatego wiele państw, np. kraje skandynawskie czy Wielka Brytania, już dawno temu zaczęło przygotowywać się na tzw. srebrne tsunami. Tam jednym z kluczowych elementów opieki nad starszym pacjentem stała się praca zespołowa różnych specjalistów i ścisła współpraca z opiekunem chorego – bo przecież pacjent, z racji wieku, może zupełnie nie umieć sam o siebie zadbać. Duży nacisk położono również na aktywizację ruchową seniora. Nie wychodzi się z założenia, że „ma swoje lata i nic już się nie da zrobić”. Bardzo zwraca się też uwagę na kompleksowość opieki – np. po operacji nie wypisuje się pacjenta do domu bez zapewnienia mu wsparcia rehabilitacyjnego. Takie działania przynoszą wymierne efekty.

Można efektywnie i skutecznie leczyć seniora, ale do tego potrzeba wiedzy geriatrycznej oraz pewnego rodzaju wrażliwości, która pozwala lepiej rozumieć osobę starszą.

D.R.: W Szwecji już ponad 20 proc. osób przekroczyło 65 lat. Wiele z nich jest w bardzo dobrej kondycji, ale kiedyś przychodzi taki moment, w którym specjalistyczna pomoc medyczna staje się niezbędna. Na jej zapewnienie system opieki zdrowotnej musi być przygotowany. Tutaj około połowa wszystkich hospitalizacji i wizyt lekarskich dotyczy osób starszych. To pacjenci szczególnie – zazwyczaj mają wielochorobowość, wymagają częstszej kontroli przyjmowanych leków, nie poruszają się sprawnie, potrzebują więcej czasu podczas wizyty lekarskiej na zrozumienie, co mówi lekarz, niekiedy nie są w stanie funkcjonować bez opiekuna.

Zgadzam się, że w opiece nad człowiekiem starszym kluczowa jest kompleksowość. W Szwecji zapewniają ją lekarz prowadzący oraz lekarze innych specjalności w zależności od wskazań, a także gminny opiekun chorego, przedstawiciel opieki społecznej, fizjoterapeuta. Odpowiednia organizacja systemu umożliwia konsultacje w takim zespole i wspólne planowanie leczenia. Oczywiście do tego potrzebne są właściwa organizacja i finansowanie.

Jednym z fundamentów kompleksowej opieki senioralnej jest ta w szpitalach.

J.D.: W Polsce w ostatnich latach bardzo poprawiliśmy profilaktykę zdrowego starzenia się, ale zapomniano, że równolegle trzeba rozwijać specjalistyczną opiekę medyczną dla seniora. Taki pacjent to wyzwanie dla każdego oddziału. Szczególną troską trzeba objąć osoby w stanie kruchości.

Czyli?

J.D.: To taki moment, gdy w wątrobie, w sercu, w nerkach i innych narządach brakuje rezerw. Także w mózgu. Chory jest na takim etapie, że sam nie pomyśli, że np. może napić się wody, by zapobiec odwodnieniu. To czas, gdy zaniedbanie prostych spraw może prowadzić do poważnych powikłań. W Polsce aż połowa 80-latków to osoby kruche. Niestety w szpitalach nie używa się testów do oceny stanu kruchości. Wielka szkoda, bo dzięki niej można precyzyjnie przygotować pacjenta do zabiegu. Odpowiednie nabiłczenie, nawodnienie, podanie właściwych leków przeciwbólowych i wykonanie zabiegu w ciągu 24 godzin od przyjęcia do szpitala, a potem szybkie wdrożenie rehabilitacji, znacznie zwiększają rokowania na długotrwałą poprawę stanu zdrowia.

W praktyce często pacjent ma wykonany zabieg, np. kardio-logiczny czy ortopedyczny, i na tym się kończy. Tymczasem trzeba zwrócić uwagę także na to, czy chory nie cierpi na depresję, nie majaczy, czy jest sprawny pod kątem poznawczym, czy rozumie zalecenia lekarskie i będzie się do nich stosował po powrocie do domu. Ponadto warto zweryfikować, czy nie przyjmuje niepotrzebnych leków i ma opiekuna, który może się nim zająć po wypisaniu ze szpitala. Gdy tego nie zrobimy, to wysoce prawdopodobne jest, że zabieg wart kilkanaście



Tekla Juniewicz, 115-letnia pacjentka dra Jarosława Derejczyka

tysięcy złotych pójdzie na marne, bo chory znowu wróci do szpitala i to w jeszcze gorszym stanie.

Można efektywnie i skutecznie leczyć seniora, ale do tego potrzeba wiedzy geriatrycznej oraz pewnego rodzaju wrażliwości, która pozwala lepiej rozumieć osobę starszą. Lekarz może się jej nauczyć, ale musi chcieć. Potrzebny jest też dobrze zorganizowany system.

Jak wygląda to w Szwecji?

D.R.: Tu elementem każdej specjalizacji jest dostęp do stażu z zakresu geriatry w środowisku pobytu pacjenta. Przez dwa tygodnie młody lekarz odwiedza chorego w domu i obserwuje, jak taka osoba funkcjonuje i czy zalecenia terapeutyczne przynoszą oczekiwane efekty.

Każdy pacjent po 65. r.ż., gdy np. złamie biodro, trafia najpierw na oddział geriatryczny, gdzie równolegle przygotowuje się go do zabiegu, w tym m.in. wdraża się farmakoterapię, która nie potęguje splątania, a następnie wykonywana jest operacja. Po niej chory wraca na geriatrię, by odbyć rehabilitację ruchową. W ramach opieki nad takim seniorem realizowana jest też jedna wizyta domowa, której celem jest przygotowanie jego miejsca zamieszkania pod potrzeby po hospitalizacji.

Po urazie najlepszą pomoc osoba starsza otrzyma na oddziale ortogeriatrycznym, gdzie w jednym miejscu pracują geriatryzy i ortopedy. W Szwecji są takie oddziały i z doświadczenia mogę potwierdzić, że jest to najlepsze rozwiązanie zarówno dla osoby starszej, jak też dla placówki medycznej, bo finalnie generowane są mniejsze koszty leczenia.

W Polsce nawet ogólnych oddziałów geriatrycznych jest jak na lekarstwo...

J.D.: Oddziały geriatryczne, i to takie dedykowane pacjentom kardiologicznym, ortopedycznym, neurologicznym, powstają w wielu szpitalach na całym świecie. Tam, gdzie zaczęły funkcjonować – nikt nie myśli o ich zamykaniu. W Anglii dzięki takiej polityce szpitalnej zwiększyły się wskaźniki przeżywalności osób starszych po zabiegach. Trzeba robić wszystko, aby takie rozwiązanie bezwarunkowo zostało wdrożone w polskich szpitalach.

Obecna sytuacja polskiej geriatry jest trudna. W mojej ocenie jej powrót do szpitali powiatowych byłby bezcenny. Jestem też całym sercem za wprowadzeniem standardów postępowania z osobą starszą, która trafia na internę, kardiologię, ortopedię czy na izbę przyjęć. Dzięki wytycznym łatwiej będzie opiekować się chorym seniorem. To byłby jednak tylko pierwszy krok. Całościową ocenę takiego pacjenta powinno się wykonywać na oddziale geriatrycznym. Z niecierpliwością czekam na zapowiadany od dawna przez prezydenta projekt ustawy dotyczącej opieki geriatrycznej, który ma zakładać utworzenie sieci oddziałów geriatrycznych i centrów 75 plus.

Realną poprawę może też dać lepsza integracja świadczeń zdrowotnych z opieką socjalną i środowiskową.

J.D.: Na razie niestety nie widać takiego zbliżenia. Nadal informacje medyczne o pacjencie nie docierają do pomocy społecznej.

D.R.: W mojej ocenie to lekarz rodzinny mógłby ustawowo być uprawnionym do spinania sieci współpracy na różnych szczeblach w ramach opieki nad starszym, chorym człowiekiem. W Szwecji dwa lata temu wprowadzono reformę, dzięki której lekarz pierwszego kontaktu od razu otrzymuje informację, że jego pacjent trafił do szpitala. Przychodnia musi skontaktować się z gminą i zorganizować opiekę potrzebną mu po powrocie ze szpitala. Na początku środowisko lekarzy rodzinnych niechętnie podchodziło do tego obowiązku, ale kiedy mechanizm zaczął działać, zmieniono podejście.

Niezbędna jest też ścisła współpraca z opiekunem pacjenta, który może być przydzielony z gminy. Krótkie, proste informacje przekazywane przez lekarza, np. dotyczące wyposażenia

W Szwecji przyjmuje się, że wybrani lekarze dentyści jeden dzień w tygodniu pracy poświęcają na pracę w domu starszego pacjenta lub w ośrodku opieki długoterminowej.

w odpowiedni sprzęt medyczny, dawkowania leków czy postępowania z odleżynami, pozwalają uniknąć dużych katastrof i znacznie wspierają proces terapeutyczny. Potrzebne jest też wsparcie socjalne, np. zapewnienie wyposażenia w odpowiednie urządzenia rehabilitacyjne.

J.D.: W Polsce rolę opiekuna ustawowo zazwyczaj przejmuje rodzina, ale przestaje to być wystarczające rozwiązanie. Patrząc na model szwedzki, idealnie by było, by u nas pracownik socjalny spotykał się z lekarzem rodzinnym pacjenta i geriatrą, a system umożliwiał korzystanie ze świadczeń, jakich senior potrzebuje, np. z rehabilitacji czy choćby wypożyczenia materaca przeciwoleżynowego.

Kiedy powinna wkroczyć opieka zinstytucjonalizowana?

D.R.: W Szwecji duży nacisk kładzie się na to, aby możliwie jak najdłużej mieszkać w domu – czasem niestety mam wrażenie, że aż do przesady. Tutaj zdecydowana większość 80-latków mieszka samotnie w swoich domach. Dochodzi do tego, że pomoc z zewnątrz przychodzi 7-11 razy dziennie, co generuje duże koszty i staje się niepraktyczne. Niestety jest mało miejsc w ośrodkach opieki długoterminowej i seniorzy trafiają tam przeważnie na ostatnie miesiące życia. Chyba nie powinno tak być.

J.D.: Z kolei w Polsce jest obawa przed przeniesieniem bliskiego do zakładu opieki długoterminowej, bo często jakość świadczonej tam opieki oceniana jest nisko. Bardzo bym chciał, by w naszych ZOL-ach obowiązywały normy dotyczące zatrudnienia personelu, liczby konsultacji lekarskich czy chociażby wymaganej liczby materacy przeciwoleżynowych i podnośników. Problem tkwi, rzecz jasna, w finansowaniu i podejściu organizatorów opieki zdrowotnej.

Mówiąc o opiece geriatrycznej, często zapomina się o świadczeniach stomatologicznych.

D.R.: Kiedyś miałam takie doświadczenie w Polsce, że było mi trudno znaleźć stomatologa, który przyjechałby do starszej, schorowanej osoby. Ból zęba u pacjenta otępiatego to krzyk, agresja i ogromne cierpienie. Nie może być tak, że pacjent nie otrzyma pomocy. W Szwecji przyjmuje się, że wybrani lekarze dentyści jeden dzień w tygodniu pracy poświęcają na pracę w domu starszego pacjenta lub ośrodku opieki długoterminowej.

O czym się mówi w Szwecji w kontekście polepszania opieki geriatrycznej?

D.R.: Pojawił się nowy trend, aby lekarz specjalista chorób zakaźnych był konsultantem dla oddziału geriatrycznego. To ważne np. w kontekście doboru właściwych antybiotyków, bo osoby starsze często trafiają do szpitala z powodu lekoopornych infekcji dróg moczowych czy oddechowych. Żyjemy coraz dłużej, dlatego trzeba dążyć do wszelkich starań, aby tę jakość życia poprawiać. Tak przynajmniej myśli się w Szwecji. ■

Drogowskazy w geriatryi

Pod redakcją naukową prof. Doroty Religi i dr. Jarosława Derejczyka ukazała się książka „Drogowskazy w geriatryi”. W publikacji zawarto informacje na temat możliwości współczesnej geriatryi w diagnostyce i leczeniu osób starszych, m.in. opisy wybranych narzędzi całościowej oceny geriatrycznej (COG), wiele uwagi poświęcono też leczeniu pacjentów w stanie kruchości. Pozycja przydatna w praktyce lekarzy różnych specjalności. Książka jest w tym numerze „Gazety Lekarskiej” nagrodą w konkursie „Jolka lekarska” (szczegóły na s. 82).

Stawiam na racjonalizm



Stawomir Badurek

diabetolog,
publicysta medyczny

Program szczepień wyraźnie wyhamował po tym, jak szczepionkę przyjęło nieco ponad 40 proc. populacji. Stało się zatem dokładnie tak, jak przewidywały sondaże jeszcze zimą.

Teraż tęgie głowy rozmyślają, jak przekonać nieprzekonanych. Parafrazując znane powiedzenie – szuka Polak mądrości po szkodzie. Ale to nieprawda, że tylko Polak, bo cały świat zgłupiał. Zastanawia, że przy tak poważnym zagrożeniu, tylu zgonach i wielotygodniowym paraliżu nawet najlepszych systemów ochrony zdrowia zabrakło władzom poszczególnych krajów odwagi, by wprowadzić obowiązek szczepień. Czymże jest taka decyzja przy zamknięciu gospodarki, gdzie niepożądane skutki – łącznie z tymi najpoważniejszymi – miały charakter masowy? Doprawdy dająca do myślenia dwoistość, szczególnie w przypadku liderów państw najlepiej rozwiniętych. Bo my oczywiście tylko się oglądamy i naśladujemy innych.

**Wyczerpał się najskuteczniejszy
szczepionkowy magnes dla
niezdecydowanych: perspektywa
wyjazdu za granicę z tzw. paszportem
covidowym.**

Piszę ten felieton w połowie sierpnia. Liczba zachorowań rośnie, ale wciąż jest bardzo mała, podobnie jak liczby hospitalizowanych i wymagających respiratora. Oczywiście nikt nie wie, co się wydarzy jesienią. Oby nic, choćby słabo porównywalnego do tego, czego doświadczaliśmy ostatniej wiosny, bo znów będziemy mieli falę nadmiarowych zgonów. Tymczasem wyczerpał się najskuteczniejszy szczepionkowy magnes dla niezdecydowanych: perspektywa wyjazdu za granicę z tzw. paszportem covidowym. Jakoś nie przekonują mnie „panowie z okienka”, namawiający do szczepień. Cóż z tego, że znani, skoro pachną na kilometr płatką akwizycją. Nie wierzę w przyciągającą moc loterii. Lepszym rozwiązaniem byłoby to forsowane przez prezydenta Bidena: sto

dolarów dla każdego zaszczepionego, choćby w wersji z setką złotych. O tym jednak nie ma na razie mowy.

Niezależnie od krytyki prowadzonych przez rząd proszczepionkowych działań uważam, że sami powinniśmy być bardziej aktywni. Wielotysięczna armia lekarzy ma moc sprawczą! Próbuję z tego korzystać. Każdego pacjenta wchodzącego do gabinetu pytam, czy był szczepiony. Jeśli tak, i przy tym w pełnej dawce, proponuję zdjęcie maseczki. I od razu lepiej się rozmawia! Jeśli odpowiedź jest przecząca, próbuję się dowiedzieć, co było powodem. Może to kwestia szczęścia, ale nie spotkałem jeszcze zadeklarowanego antyszczepionkowca. Nigdy nie doświadczyłem też agresji i nie słyszałem opowieści o czipach tudzież spisku z celowym wypuszczeniem wirusa z laboratorium. Bardzo często zamiast argumentów przeciwko zaszczepieniu napotykam milczenie. Wtedy opowiadam, rzecz jasna w wielkim skrócie, jak sam przechodziłem COVID-19 i jak na przełomie listopada i grudnia ubiegłego roku z powodu licznych zachorowań bardzo trudno było zapewnić obsadę lekarską i pielęgniarską na oddziale. Mówię też zawsze o pacjentach, których leczyłem bez skutku. Spokojnie, bez mentorskiego tonu i straszenia. I za każdym razem wspominam, że od marca, czyli momentu, kiedy niemal wszyscy z zespołu się zaszczepili, nikt z nas nie zachorował, choć podczas wiosennej fali przetoczyło się przez nasz oddział wielu dodatknych pacjentów.

W bardzo krótkim czasie staram się przekazać możliwie wiele wiarygodnych informacji na temat choroby i skuteczności szczepionek. Dlaczego wiarygodnych? Bo płynących z doświadczeń kogoś, komu pacjent zaufa. To tu widzę szansę. Nie wiem, na ile takie postępowanie jest skuteczne, ale nie mam wątpliwości: warto spróbować. Z wieloletnich doświadczeń z chorymi na cukrzycę wiem, że najskuteczniejsza jest indywidualna, „szyta na miarę” odbiorczy edukacja. Warto także proponować szczepienie pacjentom szpitalnym. Akurat na internie, z uwagi na liczne ostre infekcje, nie jest to łatwe, ale na ginekologii, okulistyce, dermatologii, psychiatrii? Ręka w górę, kto to robi? ■

Książki z autografem



Jarosław Wanecki
pediatra, felietonista

Za nami dziwne wakacje. Uspokojenie przed burzą. Nadzieja zmieszana ze strachem. Poszukiwanie wytchnienia w covidowej mgłę. Zbieranie sił, by nadrobić kulturalne zaległości, odnowić kontakty towarzyskie i znaleźć wytchnienie w literach i obrazach.

Po kilkunastu miesiącach można było wreszcie się spotkać w gronie pisarzy lekarzy. Kraków, jak zawsze, przywitał nas z otwartymi rękami i gościnnością Salonu Poezji Anny Dymnej w Narodowym Starym Teatrze. Pretekstem było mistrzowskie czytanie utworów Józefa Barana, ale także konieczność zastanowienia się nad powrotem do normalności i, jak zawsze, wymiana książek z serdecznymi dedykacjami. Pierwszą wziętem do ręki „Rzeczywistość Niedokładną” profesora Waldemara Hładkiego wydaną przez UPPL. „Tego ranka odycham wierszem”...

I wracam do salonu. Tym razem za pośrednictwem wspomnieniowego albumu nadesłanego przez doktor Janinę Czeriakiewicz-Bolińską, która przez wiele lat gromadziła „pod skrzydłami Muz” białostockie towarzystwo artystyczno-lekarskie. Kilkadziesiąt metrów mieszkania stało się sceną wieczorów „cebulowych” i „śledziowych”, wypełnionych po brzegi zabawą, dyskursem, literaturą i muzyką. Ciekaw jestem, czy we współczesnych realiach takie cykliczne spotkania, poza instytucjami kultury, w prywatnych domach, gdziekolwiek jeszcze się odbywają.

Tymczasem w Toruniu doktor Janusz Czarnecki postanowił przybliżyć czytelnikom przyszłość ludzkości. W nowej książce science fiction „Konektom. Cudowny, ukryty świat” proponuje „intelektualną przygodę”. „Ta podróż w czasie i przestrzeni – jak pisze w recenzji szef Związku Literatów Polskich Marek Wawrzekiewicz, współpracujący z lekarskimi salonami literatury – domaga się refleksji o tym, skąd jesteśmy i dokąd możemy dotrzeć”.

Z gwiazd trzeba wrócić na Ziemię, gdzie „jakby w skał pęknięciu // zaczarowanym zakątku świata // pośród bujnej roślinności // śpiewa woda”. „Kanion” i inne wiersze doktor Mirosławy Kuchciak-Brancewicz z Łodzi, przebiegają

„W smakach życia”, przygotowując liryczne przepisy na kulinarną ucztę.

Z dalekomorskiej łodzi komandora-doktora Zbigniewa Jabłońskiego słyszę „Rapsodię Gdyńską” – rzadko już dzisiaj spotykaną formę poematu o ludziach zaangażowanych w budowę nowego miasta. Do pieśni dołączyły utwory innych pisarzy lekarzy, wydane w almanachu, będącym pokłosiem

**Kilkadziesiąt metrów mieszkania
stało się sceną wieczorów
„cebulowych” i „śledziowych”,
wypełnionych po brzegi zabawą,
dyskursem, literaturą i muzyką.**

„Gdyńskich spotkań ze słowem” z 2020 r. odbywających się w „covidowym cieniu”.

W czerwcu spotkałem się z lekarzami na plenerze malarskim w Koszelińcu niedaleko Płocka. Warsztaty zorganizowane przez doktora Włodzimierza Cerańskiego po raz dwudziesty, miały mniejszą niż zwykle frekwencję, ale dorobek artystyczny naprawdę imponujący. Do domu wróciłem ze świeżo wydany albumem portretów namalowanych przez Mieczysława Chruściela. Kilka dni później Prezes Magda Wiśniewska z izby w Szczecinie dopowiedziała w uroczystym piśmie, że zbiór powstał z okazji 100-lecia samorządu lekarskiego w Polsce. „Malarz lekarzy” zachwyca po raz kolejny.

Tymczasem „Lato // Wpada w pajęczynę jesieni” – pisze w ostatnim wersie doktor Anna Pituch-Noworolska. Koniec rewanżu w domowej bibliotece. Czas wracać do pisania epikryz z pola nierównej walki z pandemią, spierania się z władzą i przeciwstawiania głupocie. ■



„Jesień w parku”, Agata Stasiak (lekarz dentysta, Łęczycza), uczestniczka Salonu PhotoArtMedica 2020

Zapraszamy do udziału
w IX Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy
PhotoArtMedica 2021
Tematy prac:
Architektura
Temat Wolny
Fotografia Medyczna

Zgłoszenia do **25 września 2021 r.**

Informacja na stronach
 www.PhotoArtMedica.pl
 www.instagram.com/PhotoArtMedica
 www.facebook.com/PhotoArtMedica




www.photoartmedica.pl

PhotoArtMedica **2021**

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

HISTORIA I MEDYCYNĄ

Palec kardiochirurga

Wielu kardiochirurgom nie spodobał się tytuł znakomitego filmu „Bogowie”, opowiadającego o początkach polskiej kardiotransplantologii. Uznano, że jest zbyt patetyczny, niepotrzebnie stawiający lekarzy na równi z Najwyższym.

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

Termin „palec boży” zwykle stosuje się do opisu wydarzenia lub zjawiska, w którym uznaje się udział sił nadprzyrodzonych. A czym jest, a właściwie czym był, palec kardiochirurga?

W 1947 r. w Londynie Thomas Holmes Sellors poszerzył zwężoną zastawkę płucną u młodego, 20-letniego mężczyzny z tetralogią Fallota („artykuł na ten temat ukazał się w czasopiśmie „Lancet”). Pierwotnie lekarz miał zamiar wykonać zespolenie systemowo-płucne (typu Blalock-Taussig) w celu zwiększenia napływu krwi do płuc, ale śródoperacyjnie okazało się, że uniemożliwiają to zrosty, które u pacjenta powstały na skutek gruźlicy. Z sąsiedniej sali operacyjnej od ortopedów pożyczono więc narzędzie do przecinania ścięgien i operator naciął nim zwężoną zastawkę płucną. W czerwcu 1948 r. Russel Brock, zapewne nieświadomy sukcesu Sellorsa, także opublikował swoje doświadczenia z trzema pacjentami ze zwężeniem zastawki pnia płucnego, którą poszerzył specjalnym rozszerzadłem w Guy’s Hospital w Londynie.

CZY WARTO WYPRZEDZĄĆ SWOJĄ EPOKĘ?

We wrześniu 1948 r. Russel Brock wykonał pierwszą z wielu operacji zwężenia zastawki mitralnej, częstej wady nabytej w czasach częstego występowania gorączki reumatycznej. Rozdzielił spoidła własnym palcem i nazwał tę procedurę walwulotomią (mitral valvulotomy). To był niezwykle rok, kiedy niemal jednocześnie w czterech różnych ośrodkach chirurgicznych niezależnie od siebie zdecydowali się wykonać ten zabieg i wszystkim się



Sir Russell Brock (dzięki uprzejmości prof. Jane Somerville)

udało. Pamiętajmy, że była to era sprzed wynalezienia aparatu do krążenia pozaustrojowego (maszyny płuco-serce). Pierwszym z nich był Horace Smithy (30 stycznia, Charleston, USA), drugim – Charles Bailey (10 czerwca, Filadelfia, USA), sześć dni później to samo zrobił Dwight Harken (16 czerwca, Boston, USA), a trzy miesiące potem – właśnie Russell Brock (w Londynie). Ci trzej ostatni zastosowali pionierską technikę Henry’ego Soutara, który w 1925 r. po raz pierwszy skutecznie poszerzył zwężoną zastawkę mitralną u 15-letniej dziewczynki, która przeżyła gorączkę reumatyczną. Ujście mitralne Henry Soutar poszerzył swoim palcem wprowadzonym poprzez uszko lewego przedsionka. Stan pacjentki po zabiegu znacznie poprawił się i po ok. trzech tygodniach została ona wypisana do domu. Dziewczyna zmarła siedem lat później z powodu udaru mózgu, którego

prawdopodobną przyczyną była skrzeplina pochodząca z serca.

Dlaczego za tym kamieniem milowym kardiochirurgii nie było dalszego ciągu, tj. kolejnych skutecznie zoperowanych pacjentów? Odpowiedź na to pytanie poznajemy z fragmentu listu z 22 września 1961 r., który Henry Soutar napisał do Dwighta Harkena: „Nie powtórzyłem zabiegu, bo nie skierowano do mnie drugiego takiego przypadku. Chociaż moja pacjentka po operacji czuła się dobrze, stwierdzono, że to było bezsensowne, że operacja była nieuzasadniona. Nie warto wyprzedzać swojej epoki!”.

NIESPEŁNIONA PROŚBA

Pierwszym, który powrócił do koncepcji Soutara, był wspomniany już Horace Smithy (1914–1948). W ciągu dwóch lat przeprowadził wiele eksperymentów na zwierzętach przy pomocy skonstruowanego przez siebie walwulotomu, 1/3 zwierząt nie przeżyła. Jak się później okazało, w swoich dążeniach i determinacji myślał nie tylko o pacjentach, ale także o sobie, on także przeżył gorączkę reumatyczną. 30 stycznia 1948 r. 21-letnia Betty Lee Woolridge, ważąca 38 kilogramów ofiara gorączki reumatycznej, której prognozowano jedynie kilka miesięcy życia, została skutecznie zoperowana przy pomocy walwulotomu przez Horace’a Smithy’ego. Bez użycia skopii, bez zatrzymania serca. Na zdjęciu, które ukazało się w „New York Times”, widać jej postać dwa tygodnie po zabiegu, gdy stoi na stopniach schodów prowadzących na pokład samolotu lecącego do Ohio, żegnana przez swojego chirurga. Po tym sukcesie Horace Smithy operował jeszcze sześciu pacjentów, ale przeżyło tylko czterech z nich.



Odlew palca prof. Wiktora Brossa (dzięki uprzejmości prof. Wojciecha Kustrzyckiego i Krzysztofa Wroneckiego)

I wtedy właśnie tajemnica wyszła na jaw. Okazało się, dlaczego temu chirurgowi tak bardzo zależało: zastawki lewej części jego serca były bardzo zniszczone przez gorączkę reumatyczną – miał skrajnie zwężoną zastawkę aortalną, zwężona była również zastawka mitralna. Horace Smithy zabrał swój walwulotom i spotkał się z Alfredem Blalockiem, prosząc, żeby ten wypróbował na nim to narzędzie. Ale Blalock nie dał się przekonać, miał zupełnie inny pomysł: zaproponował, żeby Smithy przywiózł jakiegoś swojego pacjenta do Baltimore i wtedy wspólnie go zoperują. I tak mogłoby się stać, ale niestety pacjent zmarł na stole operacyjnym w trakcie znieczulenia i Blalock odmówił udziału w dalszych tego typu operacjach. Horace Smithy nie był w stanie nikogo przekonać do przeprowadzenia na nim operacji. Zmarł kilka tygodni później, 28 października 1948 r., z powodu niewydolności krążenia w przebiegu kolejnego epizodu gorączki reumatycznej. Miał 34 lata. Do jego śmierci doszło dokładnie 270 dni po operacji, którą wykonał u Betty Lee Wololridge, która z kolei zmarła kilka tygodni po zgonie swojego chirurga.

APODYKTYCZNY PERFEKJONISTA

W 1950 r. Russell Brock opublikował opis sześciu przypadków wykonanej z sukcesem walwulotomii mitralnej. Pięć lat później, występując na międzynarodowym kongresie chirurgów, powiedział: „Pamiętam początki naszych pierwszych operacji

zwężenia zastawki mitralnej, mieliśmy cztery kolejne zgony wśród kobiet na sali intensywnego nadzoru. Opanowała nas rozpacz, nastrój przygnębienia. Pamiętam, że powiedziałem mojemu zespołowi, że możemy zrobić tylko jedną z dwóch rzeczy: poddać się albo iść naprzód. Nie mogliśmy się poddać, bo wiedzieliśmy, że mamy rację. Mogliśmy tylko iść nadal naprzód”.

**To był niezwykle rok,
kiedy niemal jednocześnie
w czterech różnych
ośrodkach chirurdzy
niezależnie od siebie
zdecydowali się wykonać
ten zabieg i wszystkim się
udało.**

Russell Brock nie był łatwym człowiekiem. „Był perfekcjonistą, który ani sobie, ani współpracownikom nie pozostawiał marginesu na niedokładność. Jakakolwiek niedbałość oznaczała anatemię, nie tolerował braku klinicznej drobiazgowości czy inteligentnej analizy. Pacjentom oferował wszystko, co najlepsze i nie widział powodu, dlaczego ktoś inny miałby robić tak samo, jak on”. Pomagał w karierach młodym chirurgom – pod warunkiem, że utrzymywali jego standardy. Nie był technicznie doskonały. Na sali



Prof. Wiktor Bross (źródło: Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

operacyjnej bywał apodyktyczny. Tępił błędy językowe, niewłaściwe użycie słów i nieprawidłowy styl. Ale miał znakomite poczucie humoru. Był autorem licznych prac naukowych i kilku książek, honorowym członkiem wielu towarzystw i doktorem honoris causa kilku uniwersytetów na świecie. Miał ogromną wiedzę na temat mebli antycznych i starodruków. W 1953 r. Russell Brock nabył najstarszy budynek Wimbledonu – piętnastowieczny „The Old Rectory”. Rok później za swoje zasługi uzyskał tytuł szlachecki (odtąd był tytułowany: Lord Brock of Wimbledon). Zmarł w 1980 r. w szpitalu, w którym pracował.

ODLEW PALCA BROSSA

31 marca 1955 r. wykonano pierwszą na Dolnym Śląsku operację na bijącym sercu. Prof. Wiktor Bross poszerzył swoim palcem wskazującym zwężoną zastawkę mitralną 26-letniej kobiecie. Asystowali mu prof. Stefan Koczorowski oraz doktorzy Władysław Wręglewicz i Anatol Kustrzycki. Znieczulenie zapewniał prof. Antoni Aroński, jeden z pionierów polskiej anestezjologii. Pamiątką po tym wydarzeniu jest nie tylko odręczny wpis w książce operacyjnej kliniki prof. Brossa, ale także... gipsowy odlew palca Brossa, którym została wykonana komisurotomia. W zależności od tego, jak głęboko palec chirurga był wprowadzany w głąb lewej komory, w takim stopniu poszerzana była zastawka mitralna. Wzdłuż gipsowego odlewu palca prof. Brossa, jak na linijce, były

znaczniki pokazujące, jak głęboko wprowadzić palec, by poszerzyć ujście zastawki do odpowiedniego rozmiaru.

POLSKA KARDIOCHIRURGIA I MASZYNA PŁUCO-SERCE

Sześćdziesiąt lat temu, 12 kwietnia 1961 r. rosyjski astronauta Jurij Gagarin jako pierwszy człowiek poleciał w kosmos, otwierając erę eksploracji Wszechświata. Tego samego dnia Wiktor Bross we Wrocławiu przeprowadził z sukcesem jedną z pierwszych w Polsce operacji na otwartym sercu z użyciem maszyny płuco-serce. Pacjentem był 11-letni chłopiec. Pierwszą na świecie zakończoną powodzeniem operację na otwartym sercu przy użyciu maszyny płuco-serce wykonał John Gibbon. Po 23 latach eksperymentów, 6 maja 1953 r., w Filadelfii podłączył do skonstruowanego przez siebie urządzenia 18-letnią uczennicę college'u i zamknął jej duży ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej. Cecelia Bavolet, córka polskich emigrantów, została wypisana do domu po 13 dniach. Pionierska operacja podarowała jej kolejne 47 lat życia.

Wiktor Bross (1903-1994) przez wiele lat był kierownikiem II Katedry i Kliniki Chirurgii Akademii Medycznej we

Wrocławiu. W 1958 r. przeprowadził pierwszą w Polsce operację na otwartym sercu (w hipotermii), zamykając ubytek przegrody międzyprzedsionkowej (ASD II). Wyjazd do USA na stypendium Rockefellera w latach 1958-1959 pozwolił mu zapoznać się z techniką operacji wad serca w krążeniu pozaustrojowym. Wracając do Polski, zabrał ze sobą bezcenny prezent od tamtejszej Polonii: aparat

I wtedy właśnie tajemnica wyszła na jaw. Okazało się, dlaczego temu chirurgowi tak bardzo zależało (...).

płuco-serce typu Kay-Cross. To właśnie to urządzenie zostało użyte 12 kwietnia 1961 r. do zakończonej sukcesem operacji 11-letniego chłopca. Pacjent był operowany z powodu ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (ASD II; śródoperacyjnie: ubytek wielkości monety 20-groszowej), który zaszyto szwem ciągłym. W trakcie zabiegu okazało się również, że w sercu jest jeszcze jedna wada: ubytek przegrody międzykomorowej (VSD; jak napisano

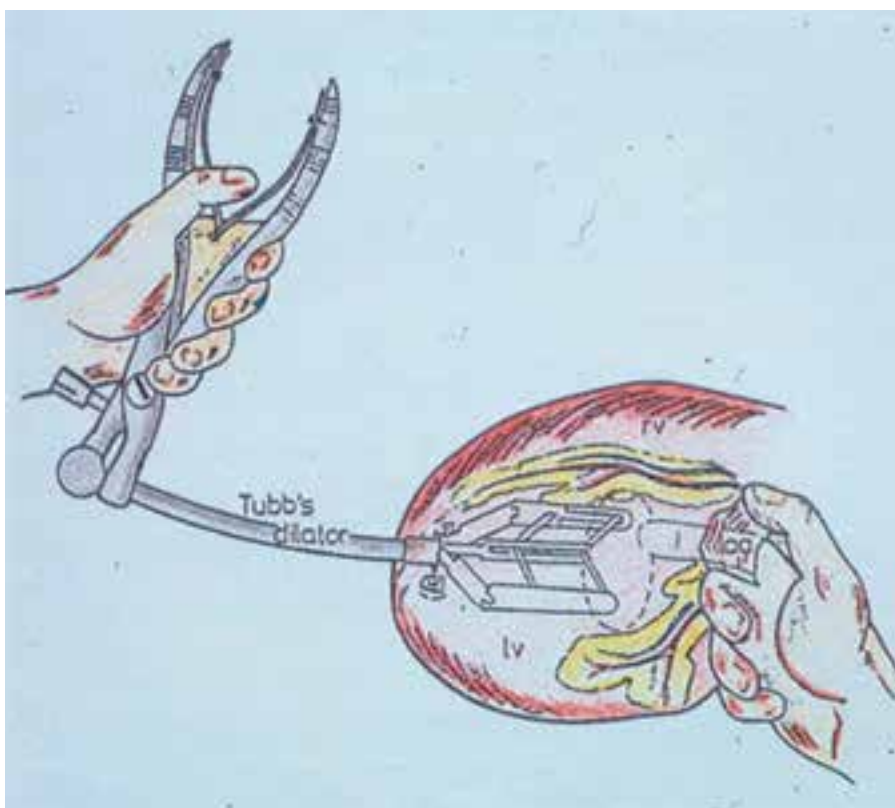


Strona z księgi operacyjnej Kliniki Chirurgii prof. Brossa we Wrocławiu, 12 kwietnia 1961 r. (dzięki uprzejmości prof. Wojciecha Kustrzyckiego)

w protokole operacyjnym: ubytek wielkości płytki paznokciowej), który zaszyto szwami wężykowymi. Czas wyłączenia serca z krążenia wynosił 54 min. Dziś pacjent miałby 71 lat.

GDZIE JESTEŚ?

Sukces tej pionierskiej operacji, podobnie jak lot Gagarina w kosmos, uutorował drogę do dalszych badań i opracowania nowych technik chirurgicznych, co pozwoliło ocalić życie kolejnych pacjentów z wadami serca. Z okazji okrągłej 60. rocznicy chciałam przypomnieć historię tego kamienia milowego w polskiej kardiologii. Dysponując danymi z księgi operacyjnej (imię, nazwisko, rok urodzenia) próbowałam odnaleźć pacjenta, przeszukując różnorodne bazy internetowe. Udało się odszukać trzy osoby zmarłe o tym samym imieniu i (nie tak często występującym) nazwisku. W żadnym przypadku nie zgadzał się jednak rok urodzenia. Ukazał się również apel w ogólnopolskiej prasie, przy okazji dwustronicowego artykułu pt. „Bogowie odeszli, ślad po pacjentach zaginął”, przedstawiającego historię kardiologii i maszyn płuco-serce. Po tej publikacji skontaktowali się ze mną jedynie pacjenci operowani przez prof. Brossa kilka lat później, natomiast los tego szczególnego, pierwszego pacjenta pozostaje nadal niezany... ■



Zamknięta komisurotomia mitralna wykonana za pomocą rozszerzadła Tubbsa oraz palca prof. Brossa (dzięki uprzejmości prof. Wojciecha Kustrzyckiego i Krzysztofa Wroneckiego)



Agata Morka
historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

Na zawsze

Od werniksu, poprzez botoks, aż po kartki pamiątnika: różne są sposoby konserwacji tego, co dla nas najcenniejsze. „Na zawsze” to koncepcja tak uspokajająca, jak i niemożliwa. To pomysł zawierający w sobie głód nieśmiertelności, niezgodę na przemijanie i obietnicę trwania dawno po tym, jak nas już nie będzie.



Obraz: Paul Cézanne,
„Portret Achillesa
Empeiraire”, Muzeum
Orsay, Paryż

Ta koncepcja zapewne przyświecała Achillesowi Empeiraire, gdy w przeddzień paryskiego Salonu, najważniejszego wydarzenia artystycznego roku, nałożył końcowy werniks na swój wypieszczony obraz, który przygotował na wystawę. Werniks miał zabezpieczyć płótno, zachować je w niezmienionej postaci „na zawsze”. Gdy Achilles obudził się następnego ranka, odkrył, że obraz zniknął. Pod wpływem niesprawdzonego werniksu obraz zwyczajnie się rozpułnął, okrutnie drwiąc z marzeń o nieśmiertelności.

Portret pędzla Cézanne’a przedstawia Achillesa siedzącego na fotelu, jak na tronie. Malarze byli przyjaciółmi i czuć w tym portrecie tak szacunek, jak i empatię w stosunku do portretowanego. Achilles, mimo że ustawiony frontalnie do widza, unika kontaktu wzrokowego, patrząc w bok. Symetryczna kompozycja czyni obraz niezwykle statycznym, ale jest w nim coś, co zastanawia, burząc harmonię. Achilles zdaje się być bardzo mały w stosunku do krzesła, jego ręce i nogi są niezwykle szczupłe w porównaniu z potężnym czołem i torse. Cézanne maluje przyjaciela z niezwykłą szczerością,

nie starając się ukryć jego karłowatości. Eksperci dopatryli się w tym ujęciu nawet cech przemawiających za faktem, że Achilles cierpiał na dysplazję kręgosłupowo-nasadową. W oczach Cézanne’a Achilles tryumfuje nad własną fizycznością, przyjaciel uwiecznił go w spokojnym zamyśleniu, ujmującym widza.

Po niefortunnej przygodzie z werniksem Achilles nigdy już go nie użył, a większość jego obrazów w związku z tym uległa zniszczeniu. Nie doczekały ich „na zawsze”. Istniały, tak jak Achilles, i tak jak jego przyjaciel wielki mistrz Cézanne, na chwilę. ■

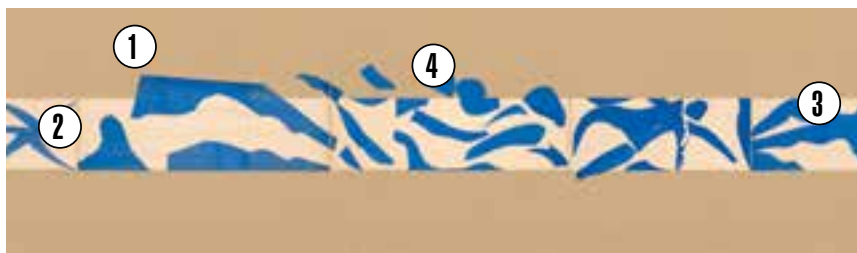
Rozwiązanie zagadki z „GL” 07-8/2021

1. Zamiana tła na bardziej pomarańczowe.

Oryginalnie mural umiejscowiony był na ścianie pokrytej beżowym materiałem, co w latach 50. XX w. było typowym pokryciem ścian na południu Francji. Wraz z upływem czasu oryginalny materiał nabrał pomarańczowych tonów i został zastąpiony nowym, kolorystycznie bliższym oryginałowi.

2. Nadanie rozgwieździe z lewej strony bardziej zaokrąglonych kształtów.

Większość kształtów z wycinanek Matisse’a charakteryzują opływowe kształty, zatem taki kształt nie byłby tutaj nie na miejscu.



Obraz: Henri Matisse, „Basen” (fragment), 1952, MoMA, Nowy Jork

3. Zmiana koloru postaci z prawej strony na róż.

Podczas gdy „Basen” utrzymany jest w jednolitym tonie ultramaryny, wiele z wycinanek Matisse’a było wielokolorowych.

4. Usunięcie elementów wychodzących poza obręb białego pasa.

Elementy wykraczające poza biel wycinanki dodają jej dynamizmu, Matisse między innymi dzięki ich obecności uchwycił charakter nurkowania.

NAGRODZENI Z „GL” 07-8/2021: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje **Ewa Dziurzyńska-Białek z Rzeszowa**. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Anna Agaś-Lange (Zduńska Wola), Anna Bobrus-Chociej (Białystok), Michał Owecki (Poznań)**.

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

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

W temacie maila należy wpisać GL09 oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przestać jedną odpowiedź.



Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

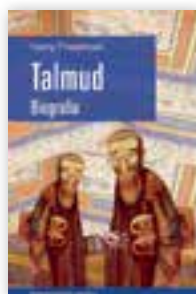
HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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

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

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



KLAUZULA INFORMACYJNA

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

KULTURA

Uchylcie birety, proszę

Prof. **Jerzy Woy-Wojciechowski** Prezes Honorowy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Kiedy uczestniczyłem przed laty w obronie pracy doktorskiej w Pomorskiej Akademii Medycznej, zaproszono mnie do auli, którą zdobiły portrety rektorów. Towarzyszyła mi prof. Halina Pilawska, ówczesna prezes OIL w Szczecinie i doktorantka BB, którą z racji, jak mówiono „wyniosłego spojrzenia” nazywano Princess. Dla mnie miała raczej spojrzenie „Dziewczyny z perłą” z obrazu Johanneses Vermeera.

– Czy wiecie państwo, że te wszystkie portrety namalował lekarz, ginekolog położnik, dr Mieczysław Chruściel? – powiedziała z dumą prof. Pilawska. Stał się w milczeniu, podziwiając portrety rektorów. Po chwili ciszy powiedziałem: – Magnificencje. Uchylcie birety. To jest geniusz.

Przypominałem sobie to wydarzenie, bo właśnie ukazał się album dr. med. Mieczysława Chruściela „Malarz lekarzy. 100 portretów lekarzy na 100-lecie izb lekarskich w Polsce”. Od lat podziwiam niezwykły talent artystyczny doktora Chruściela i malowane przez niego portrety, na których uchwycił nie

tylko podobieństwo osób portretowanych, ale też ich charaktery... dusze. Miałem okazję podziwiać te dzieła na wielu wystawach. Przemawiają do nas głębią uśmiechu św. Jana Pawła II w katedrze w Szczecinie, mądrością spojrzeń profesorów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego czy chęcią służenia chorym w albumie „Malarz lekarzy”. To dla mnie wielki zaszczyt, że mogę się nazwać przyjacielem tak utalentowanego lekarza artysty i – co jest nie mniej ważne – tak dobrego człowieka.

Bardzo trudno być dobrym lekarzem z powołania oraz jednocześnie z sukcesem uprawiać jakąś gałąź sztuki. Tysiące medyków chcących łączyć sztukę leczenia i sztukę piękną wiedzą, jaka medycyna jest zaborcza. Ale nierzadko „talenta lubię” bywać w towarzystwie. A więc „uchylmy birety przed geniuszem”, jak kiedyś wyszeptalem do prof. Pilawskiej. ECHO to powieliło, a CZAS potwierdził. Podziwiamy geniusz człowieka – który w sztuce leczenia pomaga rodzić dzieci, a w malarstwie rodzi nieprzemijające piękno – portrecistę van Rijn M. Chruściela. ■



M. Chruściel, „Malarz lekarzy. 100 portretów lekarzy na 100-lecie izb lekarskich w Polsce”

📖 NASZA CZYTELNIJA



Genetycznie uwarunkowane zaburzenia rozwoju u dzieci

Redakcja naukowa: Robert Śmigiel, Krzysztof Szczatuba

Praktyczny przewodnik dotyczący zagadnień z zakresu genetycznych podstaw zaburzeń rozwojowych u dzieci i w wybranych jednostek chorobowych. W podręczniku znajdziemy także m.in. informacje na temat leczenia w chorobach genetycznych. Książka przydatna dla pediatrów oraz innych specjalistów zaangażowanych w opiekę nad tą grupą chorych.



Historia medycyny w sześciu niepełnych odsłonach (cz. I)

Ryszard W. Gryglewski

Spojrzenie na historię medycyny przez pryzmat sześciu zagadnień: budowy organizmu człowieka, zrozumienia jego funkcji życiowych, poznania mechanizmów wpływających na niego destrukcyjnie, rozpoznawania procesów chorobowych, poszukiwania skutecznych terapii, a także przedstawienia dziejów chirurgii. Część pierwsza, czyli trzy pierwsze odsłony dziejów medycyny, jest już dostępna w formie e-booka, część druga ma zostać wydana w 2022 r.

O rzeczywistości Waldemara Hładkiego

Irena Kaczmarczyk

Zbiór trzydziestu wierszy pt. „Rzeczywistość Niedokładna” został wydany z okazji 30-letniej przynależności Waldemara Hładkiego do Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Autor, będący prezesem UPPL, podkreśla w słowie wstępnym, iż ten długi okres członkostwa w lekarskim stowarzyszeniu twórczym jest dla niego piękną i wartościową przygodą, której zawdzięcza duchowy, intelektualny i kulturalny rozwój.

Wiersze w tomiku są podzielone na cztery części, ale spina je w całość motyw podróży: dalekich, bliskich i tych najważniejszych – prowadzących w głąb psychiki. I to one czynią ten tom głębokim, odważnym odstąpieniem najdelikatniejszych tkanek wrażliwości człowieka, który stanął na brzegu niepewności. Poeta pisze: „Osaczony bólem/ błąkam się piórem/ po papierowej równinie./ Szukam zagubionego słowa,/ by odnaleźć wieczny kolor,/ czas i piękno./ Rozsypują się nieskładne strofy,/ metafory po chwili

łachmanieją./ Zagubiony w niecierpliwości/ nie nadążam w upartej/ pogodni za rzeczywistością” („Niemoc”).

Rzeczywistość Waldemara Hładkiego jest niedokładna, niedopowiedziana, mglista, jak piękny obraz krakowskiego artysty malarza Kazimierza Hamady, zdobiący okładkę tomiku. Ale nade wszystko jest to rzeczywistość głęboko ludzka. Poruszająca. Pełna bezradności wobec zaistniałej życiowej sytuacji. Wstrząsające są „Rozważania na Wielki Tydzień 2020”, a zwłaszcza „Triduum dzień trzeci”: „Podobno na drzewach/ już wiosenne listki./ Tak śpiewają ci, co dostąpili/ łaski fruwanian./ Ból wyprowadza się ukradkiem,/ Pewnie nie chce zapłacić/ czynszu za kwatere./ Wbrew znanej historii,/ tego dnia nie potrzebuję korony,/ ani stygmatów od krzyża./ ufnie rozkładam ramiona,/ by dać się przybić do życia”. Warto sięgnąć po ten tomik, który pomimo niedokładnej rzeczywistości dotyka sedna człowieczeństwa. Jest hymnem na cześć życia. ■



A.W. Hładki,
„Rzeczywistość
Niedokładna”, Kraków,
2021, Wyd. UPPL

FOTO: MARTA JAKUBIAK



Pokonać bulimię i zespół napadowego objadania

Ulrike Schmidt, Janet Treasure, June Alexander

Autorzy publikacji opisują proces wychodzenia z zaburzeń odżywiania. Choć jest to przede wszystkim poradnik dla pacjentów i ich rodzin, to może być pozycją wartościową także dla lekarzy. Zawarte w książce historie pacjentów pozwalają zgłębić ich codzienność, poruszają tematy, o których chorzy często nie chcą rozmawiać.



Śpiewaczka

Maciej Klimarczyk

Literacki debiut lekarza psychiatry i biegłego sądowego z Bydgoszczy. Maciej Klimarczyk napisał trzymającą w napięciu thriller psychologiczny z wątkiem kryminalnym. Mamy tutaj wszystko – morderstwo, zagmatwane śledztwo i mistrzowską grę głównej bohaterki. To opowieść wciągająca czytelnika w sieć kłamstw i manipulacji, ale też w głąb ludzkiego umysłu. Czy tytułowa śpiewaczka rzeczywiście jest winna śmierci właściciela antykwariatu? Czy zasługuje na karę?

KULTURA



Plener

W dniach 31 maja - 9 czerwca 2021 r. w Koszelówce nad Jeziorem Zdrowskim w gminie Gąbin odbył się Ogólnopolski Plener Malujących Lekarzy. Spotkanie było pełne entuzjazmu i zapału do twórczej pracy. Zjechało się piętnastu malujących z Poznania, Gniezna, Mielca, Rybnika, Świdnika, Szczecina, Płocka i Warszawy. ■

Fotografia

W październiku w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, tradycyjnie jak co roku, odbędzie się kolejna o zasięgu międzynarodowym powakacyjna Wystawa Fotograficzna Lekarzy, tym razem pod hasłem „Powroty...”. Termin dostarczenia fotografii upływa 8 października. ■

SPORT



Lekka atletyka

W dniach 25-27 czerwca na stadionie Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie odbyły się 10. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce, w których udział wzięło 25 lekarzy. Pucharami prezesa NRL – dla najlepszej/ego zawodniczki/ka – zostali wyróżnieni: Aleksandra Piechuta i Stefan Madej. Puchar przewodniczącego Komisji Sportu NIL dr. Jacka Tętnowskiego – za drugi wynik mistrzostw – trafił w ręce Juliana Pełki. Z kolei puchar prezesa WMIL w Olsztynie Anny Lelli – dla najlepszego zawodnika izby lekarskiej – powędrował do Michała Szostawickiego. ■

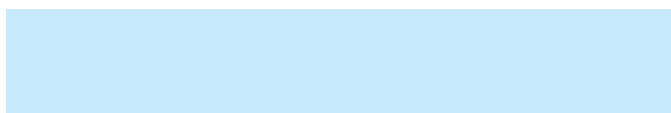
Wieloboje lekkoatletyczne

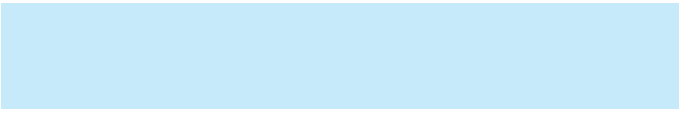
5 czerwca na Stadionie Miejskim w Toruniu odbyły się 29. Mistrzostwa Polski Masters oraz 6. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Lekkoatletycznych. Do zawodów zgłoszono 90 osób, w tym 5 lekarzy. Pucharem ufundowanym przez prezesa NRL dla najlepszego lekarza mistrzostw, uwzględniając wszystkie wieloboje, został wyróżniony Konrad Bońda. ■

Tenis ziemny

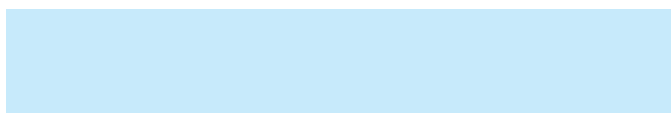
Na kortach w Prospect Heights (USA) w dniach 25 i 28 lipca odbył się X Turniej Tenisa Ziemnego „Dziennikarze vs. Lekarze”, a 21 lipca zakończyły się XXX Polonijne Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie Ziemnym. Organizatorem obu imprez był honorowy prezes Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr Bronisław Orawiec. ■

Ogłoszenia

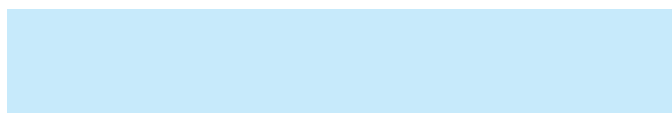


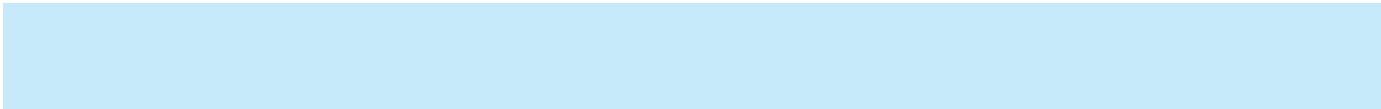


Ogłoszenia



Ogłoszenia

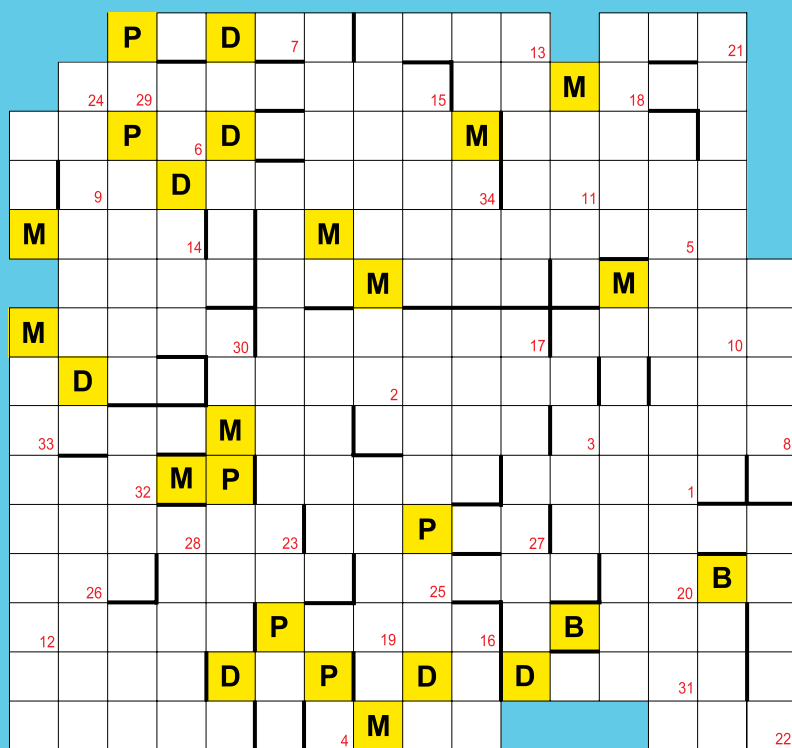
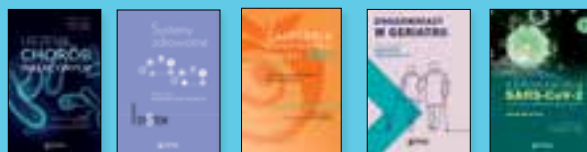






**Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści,
wiedza i zaangażowanie.**

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



Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D, M i P. Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Sydenhama. Hasło należy przelać na kartce pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 września 2021 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).

* studiował medycynę, napisał „Solaris” * dwanaście * jałowcówka
* stopy (łac.) * pojazd księżycowy * sebum * kulig * zle skutki działania
personelu medycznego * nabożeństwo * koniec, horyzont * szpitalny
oddział ratunkowy * gaszone lub palone * owad * góra bogów * w dłoni
ułana * badanie, odczyn * miejsce na kamienne rzeźby i nagrobki * owad
doskonały * przy ujściu Noteci do Warty * rzymska Artemida * lingua
* japoński koncert instrumentów muzycznych * między arsenem
a bromem * Bubalus * imię sławnej Hilton * substancje wzmagające
aktywność plemników * czwarte miasto Mozambiku * kofeina
z herbaty * jedna ze stolic Asyrii * inna stolica Asyrii * przewinięcie,
culpa * człowiek rasy białej * trzecia wyspa Balearów * obrąbek (łac.)
* magazyn zbożowy * lin lub karp * hydrochlorotiazyd z amiloridem
* imię Świątek * ictus * miasto na wyżynie Bije * pikantny sos * nad

kolaniem * święty, patron gerontologii * pole (łac.) * przeciwieństwo
profesjonalizmu * kerozyna * zapalenie błony śluzowej (łac.) * dzielnica
Lublina * marzenia nocne * rzymska lub lodowa * skrzydło (łac.) *
język jej narzędziem * założyła Kartaginę * opatrunek dla opanowania
krwawienia * Claude, twórca impresjonizmu * machina do kruszenia
murów * wżernikowanie pochwy * sławny Zinedine * duże wahania
diurezy * najwyższy szczyt Filipin * biało-czarny chalcidon * sposób
na niedobór jodu * kananejski bóg piekieł * łączą macicę z jajnikami
* 30 korców * gwiazda FC Barcelona * rdzawa przyprawa z kory * za lido
lub atolem * monogram islamskiego monarchy * blizna * film Polańskiego
z trzema Oscarami * imię Andrycz * wydalanie ciemnego moczu * waleń
amazoński * funiculus umbilicalis * kraina z Hariczą * imię grającego
dra Żywago

Jerzy Badowski

**Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 265 („GL” nr 06/2021)
Miłość, ze wszystkich chorób jeszcze ta najzdrowsza.**

Nagrody otrzymują:

Paweł Grzelakowski (Osielesko), Anna Jernajczyk (Nowa Sól),
Łukasz Martosz (Katowice), Marta Moraña-Urbane (Krosno),
Paula Ziajka (Szczecin). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo
Lekarskie PZWL, www.pzwł.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



**Naczelna
Rada
Lekarska**

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 180 700 egz.

Rada Programowa

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

naczelny@gazetalekarska.pl

Lidia Sulikowska; sekretarz redakcji; Tel. 668 854 344

l.sulikowska@gazetalekarska.pl

Lucyna Krysiak; dziennikarz; Tel. 696 48 70 48

l.krysiak@gazetalekarska.pl

Mariusz Tomczak; redaktor portalu internetowego

m.tomczak@gazetalekarska.pl

www.gazetalekarska.pl

Tel. (22) 558 80 40

redakcja@gazetalekarska.pl

Adres redakcji

00-764 Warszawa,
ul. Jana III Sobieskiego 110

Reklama i marketing

Elżbieta Tarczyńska
Tel. (22) 559 13 26, tel. 606 699 830
e.tarczynska@gazetalekarska.pl

Ogłoszenia

Olga Ostaszewska
Tel. (22) 559 13 26
o.ostaszewska@gazetalekarska.pl

Stale współpracują

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

Projekt:

Łukasz Szczepanowski

Skład:

Montownia/Teresa Urawska

Druk

Walstead Central Europe

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

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

