

■ **SAMORZĄD:** Czy optaca się mało płacić?



GAZETA LEKARSKA

PISMO IZB
LEKARSKICH

10 | 2020

■ **Jakość weryfikowana
przez rynek**

ROZMOWA Z PROF. MARCINEM GRUCHALĄ

Hejt wobec lekarzy

**PRAWNE
MOŻLIWOŚCI
REAKCJI**

**TRZEBA ZGŁASZAĆ,
A NIE GŁOSIĆ**

■ **Szkodliwe vs.
szczególne warunki**

DEFINICJE TYCH POJĘĆ MAJĄ ODRĘBNE
PODSTAWY PRAWNE

■ **Nie przyzwyczajać
do patologii**

NFZ PRZEZNACZA NA STOMATOLOGIĘ
ZAŁEDWIE 1,8 MLD ZŁ ROCZNIE

Temat numeru

**FINANSOWA
NIEPEWNOŚĆ**

KORONAWIRUS DRENUJE BUDŻETY



9

WAŻNE, ŻE RAZEM

Trudna sytuacja izb lekarskich
w czasie II wojny światowej.

46

WYPROWADZACZE KÓŻ

Po wyprowadzeniu koży
wszystko wraca do stanu sprzed
jej wprowadzenia.

62

W OKU CYKLONU

Rozmowa z prof. Miłozem
Parczewskim, prezesem Polskiego
Towarzystwa Naukowego AIDS.



Spis treści

Październik 10/2020

SAMORZĄD

- 4 | Róbmy swoje!
- 9 | Ważne, że razem
- 14 | Czy opłaca się mało płacić?

TEMAT NUMERU

- 18 | Co z długami?
- 20 | Niepewność
- 23 | Było, jak jest

PRAWO I MEDYCyna

- 26 | Zmiany w specjalizacjach
- 28 | Wobec skutków zakażenia
- 30 | Trzeba zgłosić, a nie głosić

- 33 | Prawne możliwości reakcji
- 38 | Leczenie bez uzasadnienia
- 39 | Z doświadczeń biegłego
- 40 | Biuletyn
- 44 | Szczególne vs. szkodliwe warunki pracy

PRAKTYKA LEKARSKA

- 46 | Wyprowadzacie kóz
- 47 | Wzór raportu AKWrtg
- 49 | Nie przyzwyczajając do patologii
- 52 | Jakość weryfikowana przez rynek
- 56 | Podcięte skrzydła

- 57 | Jak wyjść z impasu
- 61 | Samobójstwa wśród lekarzy
- 62 | W oku cyklonu
- 65 | Celemedycyna u bram

PO GODZINACH

- 68 | Więcej zaufania, mniej podejrzliwości
- 69 | Co dwie głowy, to nie jedna
- 70 | W tle
- 72 | „Z żebra”
- 73 | Kultura
- 75 | Sport
- 77 | Ogłoszenia
- 82 | Jolka lekarska



ANDRZEJ MATYJA

prezes NRL

Z SOBIESKIEGO 110

Róbmy swoje!

Włączenie przedstawiciela Naczelnej Izby Lekarskiej do prac wąskiego zespołu doradczego przy Ministrze Zdrowia oznacza spełnienie wieloletniego postulatu naszego środowiska, abyśmy w dyskusjach o kształcie ochrony zdrowia w Polsce byli traktowani podmiotowo, a nie przedmiotowo.

Jest szansa, by nasze opinie trafiły wprost na szczebel decyzyjny resortu zdrowia, a nie za pośrednictwem listów, apeli, stanowisk i wystąpień. To obiecująca zmiana. Przystępuję do pracy w gremium doradczym z nadzieją, że gotowość do dialogu znajdzie potwierdzenie w praktyce. Jest to nadzieja dla medyków, a przede wszystkim dla naszych pacjentów.

Jednocześnie rozumiem i podzielam sceptycyzm wielu Koleżanek i Kolegów. Jako środowisko wielokrotnie udzielaliśmy kredytu zaufania kolejnym szefom resortu zdrowia, ale szybko był on marnowany. Tym razem też dajemy szansę i deklarujemy gotowość do współpracy. Wiemy, że zmiany w ochronie zdrowia nie nastąpią z dnia na dzień, a rozwiązania systemowe muszą być wynikiem kompromisu. Oczekujemy natomiast poważnego traktowania i autentycznego dialogu. Środowisko lekarzy i lekarzy dentyków liczy ok. 190 tys. osób. Zawody medyczne to ponad 500-tysięczna społeczność. Można powiedzieć: armia, bez której społeczeństwo i państwo nie będą bezpieczne. My to wiemy, ale często mamy poczucie, że decydenci nie podzielają tej opinii.

Doceniamy deklaracje nowego Ministra Zdrowia, tym bardziej, że jak sam podkreśla, nie jest medykiem, więc chce słuchać tych, którzy są blisko pacjenta. Minister Adam Niedzielski oczekuje od naszego zespołu doradczego wskazania obszarów, które wymagają zmian, oraz zaproponowania modyfikacji istniejących rozwiązań.

Zarysowany przez ministra i dyskutowany na naszym pierwszym spotkaniu plan działań odpowiada oczekiwaniom, które kierowaliśmy jeszcze do jego poprzednika, Łukasza Szumowskiego, a ostatnio przypomnieliśmy przy okazji nominacji nowego szefa resortu. Upominaliśmy się o pilne przedstawienie strategii walki z pandemią jesienią br., a także propozycji przywrócenia funkcjonowania ochrony zdrowia w trybie „przedcovidowym”.

20 sierpnia, w dniu ogłoszenia nominacji ministra Adama Niedzielskiego, pisałem w liście otwartym: „Od nowego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia oczekujemy nie tylko pilnego przedstawienia strategii walki z COVID-19, ale przede wszystkim strategii jak najszybszego wdrożenia takiego modelu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w którym koronawirus nie będzie przesłaniał innych, często dramatycznych problemów medycznych. One istnieją i odłożone w czasie dadzą o sobie znać ze zdwojoną mocą. Stany nagłe, choroby przewlekłe – kardiologiczne, onkologiczne, problemy psychiatryczne, zwłaszcza dzieci i młodzieży, nie czekają, aż poradzimy sobie z pandemią”. Z satysfakcją mogę powiedzieć, że te wszystkie zagadnienia znalazły się w planie prac zespołu doradczego.

Na pierwszym spotkaniu zarówno ja, jak i pozostali członkowie zespołu doradców zgodnie podkreślaliśmy konieczność zachowania naszej autonomii jako ekspertów. Zamierzam więc dzielić się obserwacjami, wiedzą i doświadczeniem – własnym jako lekarz, chirurg, wykładowca akademicki i mentor lekarskiej młodzieży

“

Na pierwszym spotkaniu zarówno ja, jak i pozostali członkowie zespołu doradców zgodnie podkreślaliśmy konieczność zachowania naszej autonomii jako ekspertów.



Niezmiennie walczymy o zapewnienie lekarzom poczucia bezpieczeństwa prawnego i finansowego dla wypełniania naszej misji, a więc eliminacji skandalicznych rozwiązań prawnych, które kryją się za art.37a, a także art. 155 Kodeksu karnego.

– a jednocześnie będę głosem społeczności, którą reprezentuję jako prezes NRL.

Mam nadzieję, że jak najszybciej zostaną podjęte decyzje, o które od dawna dopomina się samorząd. Chodzi o pilne korekty w strategii walki z pandemią, chociażby umożliwiające zlecenie testów na obecność SARS-CoV-2 przez wszystkich lekarzy. Uważamy, że zwiększenie liczby wykonywanych testów pozwoli szybciej identyfikować osoby zakażone, poddawać je izolacji lub – gdy to konieczne – hospitalizacji, co w istotny sposób ograniczy rozprzestrzenianie się pandemii. Tylko szersze testowanie populacji pozwoli ograniczyć wzrost liczby zakażonych osób.

Niezmiennie walczymy o zapewnienie lekarzom poczucia bezpieczeństwa prawnego i finansowego dla wypełniania naszej misji, a więc eliminacji skandalicznych rozwiązań prawnych, które kryją się za art.37a, a także art. 155 Kodeksu karnego. Samorząd wiele miesięcy temu przedstawił projekty zmian. Jesteśmy gotowi do rozmów. Mam nadzieję, że w felietonie następnego numeru „GL” będę miał dobre wieści do przekazania, zwłaszcza, że minister Adam Niedzielski deklaruje, że jednym z jego sztafardowych celów jest wprowadzenie modelu no-fault, o co dopominamy się od dawna, broniąc pacjentów przed medycyną asekuracyjną.

Przed nami też bardzo poważna dyskusja o koniecznych zmianach systemowych i zarządczych. Adam Niedzielski zapowiedział, że propozycje, z którymi wyjdzie Ministerstwo Zdrowia, będą wynikały z wniosków z półtorarocznej debaty „Wspólnie dla zdrowia”, zainicjowanej przez ministra Łukasza Szumowskiego zaraz po objęciu przez niego urzędu. Sam w tym miejscu wiele miesięcy temu pisałem, nie kryjąc rozczarowania, że wyniki debaty, w którą wielu ekspertów zaangażowało swój czas, wiedzę i autorytet, trafią do ministerialnych szuflad. Deklaracja nowego ministra świadczy o czymś innym. Czas pokaże, jaki będzie tego efekt dla pacjentów i zdrowia publicznego.

A my – trochę jak w piosence Wojciecha Młynarskiego – robimy swoje. Nie opuszczamy żadnej okazji, by upomnieć się o godziwe finansowanie, poprawę organizacji ochrony zdrowia, spójność decyzji, lepsze perspektywy dla lekarskiej młodzieży, słowem – spójną wizję.

Wiemy też, że potrzeba zmiany myślenia – docenienia profilaktyki i edukacji zdrowotnej, a nie tylko skupiania się na medycynie naprawczej. Dlatego przygotowaliśmy rozpoczętą we wrześniu kampanię edukacyjną „Niezbędne dla Zdrowia”. Jest to wspólne przedsięwzięcie Naczelnej Izby Lekarskiej i Rzecznika Praw Pacjenta skierowane do szerokiej grupy odbiorców – od uczniów szkół podstawowych po seniorów. To działanie pokazuje, że angażując się w wypracowanie rozwiązań systemowych, nie tracimy z pola widzenia profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Co ważne, w kampanii zwracamy też uwagę na powinności pacjenta, które powinny zrównoważyć katalog praw pacjenta.

Kampania „Niezbędne dla Zdrowia” jest projektem długofalowym, do którego zapraszamy organizacje, instytucje, samorządy lokalne, firmy. Ma kształtować prozdrowotne postawy i zachowania naszych współobywateli, a to jest we wspólnym interesie lekarzy, pacjentów i całego społeczeństwa. Bliska jest nam pozytywna praca u podstaw. Ministrowie się zmieniają, a my robimy swoje! ■



Kampania „Niezbędne dla Zdrowia” jest projektem długofalowym, do którego zapraszamy organizacje, instytucje, samorządy lokalne, firmy.

ALICJA
SZCZEPYKDział Mediów
i Komunikacji NIL

SKRINING

Będzie system no-fault?



Zgodnie z zapowiedzią z ostatniego wydania „Gazety Lekarskiej”, nowy minister zdrowia Adam Niedzielski uczestniczył w posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej 4 września br. w siedzibie NIL w Warszawie.

Podczas spotkania podkreślił, że bardzo zależy mu na bliskiej współpracy ze środowiskiem lekarskim, i zaprosił prezesa NRL Andrzeja Matyję do ścisłego zespołu doradczego resortu zdrowia. Zespół ma zastąpić dotychczasową Radę Naukową (szczegółowo w dalszej części „Skriningu”).

Szef resortu przybliżył też członkom NRL swój plan działania, m.in. to, że dołoży wszelkich starań, aby wdrożyć

system no-fault, jako odpowiedź na kontrowersyjną nowelizację art. 37a Kodeksu karnego. Poinformował także, że rozpoczęły się prace nad regulacją wynagrodzeń lekarzy specjalistów.

Nawiązał również do strategii walki z pandemią koronawirusa. Jej głównym aspektem jest odejście od dotychczasowych ogólnokrajowych środków na rzecz regionalnych, w tym systematyczne zmniejszanie liczby szpitali jednoimiennych, jak i udzielania w nich świadczeń pacjentom niecovidowym. Poruszył kwestię lekarzy POZ i nadania im uprawnień do zlecania testów na wykrycie SARS-CoV-2.

Prezes NRL przedstawił ministrowi Niedzielskiemu postulaty samorządu lekarskiego, przyjmując deklarację współpracy. Na liście spraw znalazły się m.in. kwestia przedłużenia ustawowego upoważnienia dla kolegialnych organów izb lekarskich do podejmowania uchwał online lub w trybie obiegowym, wdrożenia nowego dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty”, stworzenia instrumentów wsparcia finansowego dla podmiotów leczniczych i praktyk lekarskich w związku ze stanem epidemii, marginalizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. ■

NIL i RPP przypominają,
co jest „Niezbędne dla Zdrowia”

Zpoczątkiem września ruszyła kampania Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Rzecznika Praw Pacjenta „Niezbędne dla Zdrowia”, która przedstawia dziesięć najważniejszych zasad, jak zadbać o zdrowie własne i bliskich. Ta wspólna – i pierwsza tego typu – inicjatywa przypomina i propaguje podstawowe zasady zdrowego trybu życia, popularyzuje wskazówki służące zdrowiu, poprawie kondycji i odporności, ale także usprawnieniu komunikacji między pacjentem a lekarzem. – Po raz pierwszy pokazujemy dokument, którego każde słowo jest sygnowane przez samorząd lekarski, RPP i wybitnych ekspertów medycznych. Do tej pory nie było programu edukacyjnego, który byłby stworzony przy współudziale tych trzech grup, będących kluczowymi uczestnikami systemu ochrony

zdrowia – podkreślił pomysłodawca „Niezbędne dla Zdrowia”, wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz podczas konferencji prasowej.

Kampania ma charakter długofalowy i jest skierowana do szerokiego grona odbiorców. Jej celem jest kształtowanie wśród obywateli poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Ma m.in. zwrócić uwagę, że stan zdrowia człowieka w największym stopniu zależy od jego stylu życia (ok. 53 proc.), w mniejszym zaś od opieki zdrowotnej (ok. 10 proc.). – Jako samorząd lekarski bijemy na alarm w sprawie dramatycznej sytuacji w ochronie zdrowia. W różny sposób zabiegamy o zwiększanie nakładów na zdrowie. Wiemy jednak, że to nie wystarczy. Potrzeba zmiany myślenia, skupienia nie tylko na medycynie naprawczej. Musimy docenić profilaktykę i edukację

zdrowotną. Inicjatywa „Niezbędne dla zdrowia” świadczy o tym, że angażując się w wypracowanie rozwiązań systemowych, nie tracimy z pola widzenia potrzeby kształtowania zachowań prozdrowotnych – powiedział prezes NRL Andrzej Matyja.

Rekomendacje mogą wydać się oczywiste, ale niezwykle „na czasie”, biorąc pod uwagę panującą i ponownie nabierającą tempa pandemię koronawirusa. – Najistotniejszym wyzwaniem są obecnie sprawne działania przeciwdziałające skutkom epidemii COVID-19, poprawa sytuacji pacjentów i ich dostępu do leczenia oraz profilaktyki. Trzeba również pamiętać, że jesteśmy współodpowiedzialni za stan swojego zdrowia, nasze zachowania i wybory. Nie ma lepszej i skuteczniejszej metody zachęcania społeczeństwa do prozdrowotnych

zachowań niż ciągła edukacja prowadzona w tym zakresie – stwierdził Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielewicz. W ramach „Niezbędne dla Zdrowia” powstało kolejnych pięć punktów pt. „Nie daj się koronawirusowi”, które przypominają o najważniejszych wytycznych na czas pandemii.

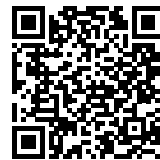
Kampania jest stopniowo rozwijana. Do tego prozdrowotnego przedsięwzięcia mogą włączyć się wszyscy,

którym zależy na poprawie kondycji naszego społeczeństwa. Do dołączenia do inicjatywy zaproszono organy administracji publicznej – rządowej i samorządowej, a także media. Kluczowe i nieocenione znaczenie ma również zaangażowanie w popularyzację kampanii wszystkich środowisk medycznych.

Istotnym jest, aby przygotowane materiały ze zbiorem rekomendacji trafiły do jak największej

liczby odbiorców. Kanał komunikacji jest dowolny, a pakiet informacji wraz z materiałami w wersji elektronicznej do wykorzystania w formie drukowanej i w internecie jest dostępny na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej (<https://nil.org.pl/dzialalnosc/niezbędne-dla-zdrowia>).

Wszystkich zainteresowanych zapraszam do kontaktu z Działem Mediów i Komunikacji NIL (mediaNIL@hipokrates.org). ■



Forum Ekonomiczne 2020



Czy

opłaca się mało płacić? To dość zaskakujące pytanie było częścią tytułu jednego z paneli tegorocznego Forum Ochrony Zdrowia odbywającego się w ramach odbywającego się we wrześniu Forum Ekonomicznego, w Karpaczu. Przedstawiciele środowisk: lekarskiego, pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych oraz ratowników medycznych zastanawiali się nad rolą zawodów medycznych w ochronie zdrowia. Głównym, a zarazem budzącym wiele emocji wątkiem były wynagrodzenia. W dyskusji nie zabrakło głosu samorządu lekarskiego, który był reprezentowany przez wiceprezesa NRL Krzysztofa Madeja (więcej na s. 14). ■

Prezes NRL w zespole doradczym MZ

Minister zdrowia Adam Niedzielski przedstawił skład zespołu doradczego, który ma zastąpić dotychczasową Radę Naukową oraz współpracować z resortem w przygotowaniu strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Do zespołu został zaproszony m.in. prezes NRL Andrzej Matyja, o czym minister Niedzielski poinformował podczas ostatniego posiedzenia NRL.

Priorytet działań zespołu to wskazanie obszarów, które wymagają zmian, oraz ewentualne ulepszenie istniejących już rozwiązań. Jego praca w dużym stopniu ma opierać się na wynikach i wnioskach narodowej debaty „Wspólnie dla zdrowia”. – Naszą dyskusję rozpoczęliśmy od omówienia pomysłu na tzw. recovery plan. Chodzi o przywrócenie pełnej dostępności do usług medycznych, która była ograniczona przez pandemię, i jednocześnie nadganiecie deficytu zdrowia, który wynika z trwającej pandemii

– powiedział minister na konferencji prasowej 18 września br.

Plan ma opierać się o trzy filary. Pierwszy: profilaktyka – zespół ma zaproponować pakiet badań, które będzie można przeprowadzić po 40. r. ż. (tzw. bon na profilaktykę). Drugi: zmniejszenie limitów w AOS, które możliwe, że zostaną początkowo całkowicie zniesione, aby zniwelować oczekiwanie na leczenie. Trzeci: onkologia – celem jest rozwiniecie krajowej sieci onkologicznej i nacisk na profilaktykę w tej dziedzinie, oraz kardiologia – stworzenie sieci kardiologicznej, również na poziomie ogólnopolskim.

Recovery plan ma także objąć psychologię i psychiatrię. W opinii ministra Niedzielskiego negatywne skutki pandemii koronawirusa są silnie odczuwalne w obu tych dziedzinach, szczególnie wśród młodych osób, którym izolacja zaburza normalny i prawidłowy rozwój.

Zespół ma obradować regularnie, mniej więcej raz w tygodniu. W jego składzie, oprócz prezesa NRL, znaleźli się:

- prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewicz, dyrektor Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie (przewodniczący zespołu);
- mgr farm. Michał Byliniak, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie;
- prof. dr hab. n. med. Marcin Gruchała, Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego;
- pielęgniarka dyplomowana Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- lek. spec. Filip Płużański, Przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL;
- lek. spec. Andrzej Zapaśnik, prezes Polskiej Fundacji Opieki Zintegrowanej. ■



LUCYNA
KRYSIAK

dziennikarz

100 LAT SAMORZĄDNOŚCI LEKARSKIEJ W POLSCE

Ważne, że razem

II wojna światowa doświadczała lekarzy w różny sposób. Oprócz aresztowań, wywózki do obozów śmierci i rozstrzeliwań, niszczyła system opieki zdrowotnej, który z wielkim trudem budowano po odzyskaniu niepodległości. Demolowała też strukturę izb lekarskich, rozgrabiając samorządowy majątek.

Tego rodzaju działania pozbawiały Polaków możliwości leczenia, powodowały eliminację jednostek słabszych i degradację stanu lekarskiego.

Mimo tych ekstremalnie trudnych warunków, lekarze wykazywali daleko idącą zawodową solidarność. Wbrew zakazom okupanta nie przestawali leczyć, często płacąc za to życiem, a także wspierali finansowo rodziny lekarskie – wdowy i osierocone dzieci. Niezależnie od okoliczności nigdy nie zapominali, że są lekarzami.

POD BUTEM SS I NSDAP

Adolf Hitler stworzył z części terytorium Polski Generalne Gubernatorstwo, które obejmowało dyskrity: krakowski, lubelski, radomski, warszawski, galicyjski ze stolicą w Krakowie, a resztę ziem wcielił do Niemiec, dzieląc je na cztery jednostki administracyjne (Prowincję Prusy Zachodnie, Prowincję Poznańską przekształconą później w Kraj Warty oraz

dwie regencje: katowicką i ciechanowską włączone do istniejących przed wojną prowincji niemieckich Śląska i Prus Wschodnich). Rządzili w nich namiestnicy, którzy mieli szerokie uprawnienia. Mordowali, grabili, niszczyli i odzierali z godności chorych, pozbawiając ich leczenia.

Zgodnie z wytycznymi Hitlera opieka lekarska Polaków, których uznawał za rasę niższą, miała się ograniczyć do leczenia chorób zakaźnych (w obawie przed rozszerzeniem się epidemii na teren Rzeszy). Sektor służby zdrowia był podporządkowany celom politycznym, a więc przede wszystkim partiom SS, SA, NSDAP. Powołano Urzędy do Spraw Zdrowia Narodowego, które obejmowały wszystkie szczeble administracji państwowej od powiatów poprzez okręgi do instancji najwyższych. Nadzór polityczny sprawował nad nimi dr Leonardo Conti, szef Głównego Urzędu do Spraw Zdrowia Narodowego NSDAP, który konsekwentnie stosował rasizm biologiczny poprzez unicestwianie ludności na okupowanych terenach oraz brak dostępu do opieki medycznej. Wykonawcami założeń tej ideologii byli nie tylko lekarze SS, ale wszyscy niemieccy lekarze niezależnie od przynależności partyjnej.

W polskich izbach lekarskich* zasiadały teraz wyznaczone przez namiestników osoby, które trzymały w garści przynależących do nich lekarzy, kontruując każdy ich krok,

decydując o ich zawodowych losach i wydając lub nie zaświadczenia, na podstawie których mogli pracować w wyznaczonych przez okupanta placówkach.

W KRAJU WARTY

Jednym z wyjątkowo gorliwych nazistowskich namiestników prowadzących eksterminację Polaków i Żydów był Arthur Greiser, po wojnie sądzony jako zbrodniarz wojenny przez Najwyższy Trybunał Narodowy w Poznaniu i skazany na karę śmierci. Jego ambicją było oczyszczenie Prowincji Poznańskiej z ludności polskiej i żydowskiej, aby móc te tereny zasiedlić Niemcami. Niszczono szczególnie inteligencję – ludzi nauki, kultury, nauczycieli, lekarzy, których wysiedlano i mordowano w pierwszej kolejności.

Aby ukryć dokonane na nich zbrodnie, fałszowano dokumentację, która wskazywała na śmierć samobójczą, z powodu choroby lub w czasie ucieczki. Tak było z doktorem Romanem Konkiewiczem, naczelnikiem Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej w latach 1935-1939 oraz członkiem Naczelnej Izby Lekarskiej, którego rozstrzelano, a w dokumentacji napisano, że zginął podczas ucieczki. Dr Konkiewicz zapisał się w historii jako społecznik (niósł pomoc najbardziej potrzebującym Poznanianom, wspierał finansowo początkujących lekarzy) i działacz ruchów narodowo-wyzwoleńczych. Był wieloletnim prezesem

“

W polskich izbach lekarskich zasiadały wyznaczone przez namiestników osoby, które trzymały w garści przynależących do nich lekarzy, kontruując każdy ich krok.

Uroczystość
poświęcenia Kliniki
Ortopedycznej na
Wydziale Lekar-
skim Uniwersytetu
Poznańskiego,
19 października
1935 r., na zdjęciu
widoczny m.in. pre-
zes Izby Lekarskiej
Poznańsko-Po-
morskiej dr Roman
Konkiewicz.



Polskiego Związku Zachodniego i re-
daktorem „Nowin Lekarskich”.

Jego los podzieliło wielu innych
lekarzy związanych z samorządem
lekarskim. Prof. Stanisław Kalandy,
dyrektor Zakładu Fizyki Doświad-
czalnej, dziekan Wydziału Lekarskie-
go w latach 1939-1940, aresztowany
pod fałszywym zarzutem posiadania
nadawczej stacji radiowej, także zo-
stał zastrzelony. Niemcy jako przy-
czynę zgonu podali osłabienie obie-
gu krwi. Zdarzenia te opisał Michał
Przychodźki w opracowaniu „Leka-
rze poznańscy w hitlerowskiej oku-
pacji 1939-1945”. Można tam także
przeczytać o przejściu przez Niem-
ców izby lekarskiej, która zamieniła
się w instytucję represjonującą pol-
skich lekarzy.

Rządził tu nazista doktor Re-
inecke, który realizował politykę
namiestnika Greisera. Lekarzom
zatrudnianym w uspołecznionej
służbie zdrowia izba wydawała pra-
wo praktyki, bez którego nie moż-
na było podjąć pracy, ale w każdej
chwili mogła je bezpodstawnie ode-
brać. Dokument ten zobowiązywał
do płacenia składek i realizowania
wytucznych izby, np. zabraniał le-
karzom polskim hodowli bakterii,

produkcji szczepionek i surowic oraz
wykonywania diagnostycznych ba-
dań krwi na kiłę.

Powszechne było masowe wysie-
dlanie. Na przełomie lat 1939/1940
wysiedlono z Poznania ponad 90
proc. lekarzy (ich nazwiska figuru-
ją w „Roczniku Lekarskim” z 1938 r.), co
zawsze wiązało się z grabieżą mienia.
Podobnie jak przekwaterowanie. Dr
Zygmunt Taczak musiał opuścić swój
dom przy ul. Kostrzyńskiej 3, gdzie
miał gabinet i przyjmował chorych,
bowiem został on przekazany przez
izbę lekarską dla lekarza Niemca. Tego
rodzaju działania dla lekarza najczę-
ściej oznaczały śmierć bądź areszto-
wanie i po postawieniu fałszywych
zarzutów wywózkę do obozu.

MACKI GREISERA

Wpływy Arthura Greisera sięgały
aż do Łodzi, sięjąc tam strach i spu-
stoszenie wśród społeczności lekar-
skiej. Miasto Łódź powinno znaleźć
się w Generalnej Guberni, ale decy-
zją Hitlera tak się nie stało. Łódzka
Izba Lekarska była zarządzana przez
Volksdeutscha dra Rudolfa Meesa,
absolwenta Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu w Poznaniu. Wzo-
rem praktyk, jakie miały miejsce

w Poznaniu, stosowano wobec le-
karzy restrykcje, które zamieniały
miasto w jeden wielki obóz, gdzie
panował terror.

Łódzka służba zdrowia została ra-
dykalnie przeorganizowana, z pracy
w szpitalach zwolniono wszystkich
żydowskich lekarzy oraz większość
Polaków. Wydzielono przychodnie,
gdzie mogli pracować, i ograniczo-
no ich zatrudnienie. Niemcy rabo-
wali wyposażenie szpitali, ambu-
latoriów i prywatnych gabinetów,
rekwirowali apteki, a ich właścicieli
Polaków i Żydów wywozili do obo-
zów zagłady. Założeniem było, aby
z Łodzi całkowicie pozbyć się pol-
skich lekarzy i zastąpić ich niemiec-
kimi, co do Żydów zamierzenia były
jednoznaczne – zamknąć w łódzkim
getcie i eksterminować.

Jan Fijałek i Janusz Indulski, au-
torzy pracy historycznej „Opieka
zdrowotna w Łodzi do roku 1945”,
przedstawili instrumenty polityki eli-
minowania polskich lekarzy poprzez
wysiedlenia. Opisali ten proces tak:
„W obozie przejściowym w Konstan-
tynowie Łódzkim na jednej z opu-
szczonych sal fabrycznych przebywało
800 osób, legowiska były na beto-
nowej podłodze zastanej trocinami

pełnymi pasożytów. W nocy, kiedy spadła temperatura, zamarzały dzieci. Spośród wysiedlonych do szpitali trafiali tylko zakaźnie chorzy, później zaniechano nawet takiej pomocy medycznej". Utrudnieniom w dostępie do lekarza służyła także likwidacja Ubezpieczalni Społecznej i powołanie kasy chorych (Krankenkasse). Szerzyła się gruźlica, której praktycznie nie miał kto i czym leczyć".

W OKUPOWANYM KRAKOWIE

Kraków należał do Generalnej Guberni i choć również panował tu terror, nie mógł się pod tym względem równać z Krajem Warty. Jednym z działaczy samorządu lekarskiego, który w tym czasie pracował jako lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie, był dr Marian Ciećkiewicz. To, z jakim poświęceniem niósł pomoc mieszkańcom okupowanego miasta i lekarzom, których najbardziej dotknął okupacyjny reżim, zaskarbiło mu sympatię środowiska medycznego.

Wiele na ten temat pisał w swoich wspomnieniach Julian Aleksandrowicz, krakowski lekarz, który był zamknięty w getcie, ale dzięki pomocy przyjaciół uciekł i przeżył wojnę: „W 1941 r. sytuacja ludności żydowskiej w getcie jest coraz cięższa, równocześnie wzrasta bierny opór i aktywna pomoc ze strony krakowskiego świata lekarskiego. Dr Marian Ciećkiewicz używa maksimum swego dyplomatycznego kunsztu, by przekonać niemieckich komisarzy, że plan zwolnienia wszystkich żydowskich lekarzy z Ubezpieczalni Społecznej, zastąpienia ich volksdeutschami i ukraińskimi faszystami może być niebezpieczny dla Generalnej Guberni”^{*}.

Niemcy już na początku wojny zagrabili majątek izb lekarskich, aptekarskich i dentystycznych, później sięgnęli po dobytek i mieszkania lekarzy, ale bardzo bali się chorób zakaźnych, przede wszystkim duru brzuszego, i te obawy wykorzystywał dr Ciećkiewicz. W ostatniej przed wybuchem wojny kadencji samorządu lekarskiego był sekretarzem Krakowskiej Izby Lekarskiej i jak tylko w 1939 r. zmobilizowano lekarzy do



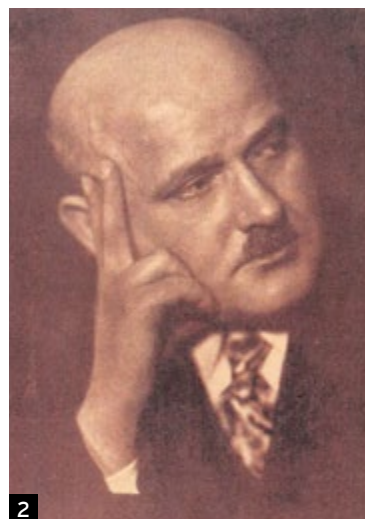
1

służby wojskowej, zwołał zarząd, który opracował priorytety na czas okupacji. Pomyślano przede wszystkim o wdowach po lekarzach, ofiarach działań wojennych. Zdecydowano, że będą im wypłacone odprawy pośmiertne według zasad, które obowiązywały przed wojną. Krakowska izba miała dobrze zorganizowaną i zasobną kasę wzajemnej pomocy lekarzom. Zarząd zwrócił się do lekarzy z prośbą, aby także w czasie wojny opłacali składki w dotychczasowej wysokości, z których można było pomagać materialnie rodzinom lekarzy.

ZŁUDNE NADZIEJE

Kiedy doszło do przejścia przez Niemców Krakowskiej Izby Lekarskiej i na jej czele stanął dr Kroll, który na swojego sekretarza powołał von Wurzena, wydawało się, że będzie można coś w tej sytuacji wynegocjować dla krakowskich lekarzy. Tym bardziej, że Kroll mianował prezesem zarządu izby samorządowca dra Józefa Topolnickiego. Szybko jednak okazało się to niemożliwe.

Izbę lekarską przekształcono w Izbę Zdrowia, której celem było przejście kontroli nad finansami lekarzy. Dr Marian Ciećkiewicz tak wspomina tamte chwile: „Kroll przejął gotówkę izby i Książeczki Komunalnej Kasy Oszczędności na 150 tys. zł. Odtąd tylko on był dysponentem funduszy zgromadzonych na kontach dawnego zarządu izby i kasy zapomogowo-pożyczkowej.”



2

1. Marian Ciećkiewicz

2. Roman Konkiewicz

Izba stała się rozbudowaną instytucją kontrolującą wszystkie zawody medyczne w Generalnej Guberni. Oznaczało to nie tylko konfiskatę samorządowych pieniędzy, ale nałożenie na członków izby wysokich danin, by móc czerpać z nich zyski. Mimo tych restrykcji krakowscy lekarze samorządowcy i skupieni w krakowskiej ekspozyturze Polskiego Czerwonego Krzyża solidarnie wzięli na swoje barki ciężar organizowania opieki medycznej ludności w czasie przechodzenia frontu. Zorganizowali też pomoc medyczną i humanitarną dla lekarzy biorących udział w Powstaniu Warszawskim.

W połowie września 1944 r. grupa w składzie doc. Nowicki, dr Lebioda i dr Ciećkiewicz pojechali do Milanówka, wioząc ze sobą trzy zestawy instrumentów operacyjnych, leki i opatrunki. Zebrali też wśród krakowskich medyków pieniądze, które przekazali rodzinom lekarzy, które po powstaniu osiadły w Krakowie. W Krakowskiej Izbie Lekarskiej idea troski o los rodzin zmarłych lekarzy sięga 1926 r., kiedy powołano tu kasę zapomogowo-pośmiertną. W 1939 r. kasa wypłacała rodzinie zmarłego lekarza 13 tys. zł. Kwota ta pozwalała wdowie żyć skromnie przez 5 lat. Kroll roztrwonił zasoby kasy, a rodzina dostawała z tego funduszu 100 zł na pochówek. ■

^{*}Źródło: Zygmunt Wiśniewski „Lekarzy losy wojenne”

^{*}Pisząc o okresie okupacji, określenie „izba lekarska” nie oddaje w pełni rzeczywistości, ponieważ powstałe wtedy urzędy wykłuczają działalność samorządową. Ta była ściśle powiązana z działalnością niejawnej izby. W Krakowskiej Izbie Lekarskiej było to m.in. przechwytywanie donosów przesyłanych do zaopiniowania przez Gestapo, co pozwalało na ostrzeżenie zagrożonych, np. niemieckiego szefa Szpitala Dziecięcego im. Św. Ludwika, który był życzliwy Polakom.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Mecenasi na Facebooku



gazetalekarska.pl

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi rozpoczęła cykl spotkań dotyczących zagadnień prawnych na żywo w mediach społecznościowych. Do tej pory prawnicy łódzkiej izby udzielali porad prawnych tylko poprzez e-maile i rozmowy telefoniczne.

Pierwszy „live” z udziałem działu prawnego OIL w Łodzi odbył się za pośrednictwem Facebooka w lipcu. Podczas wirtualnego spotkania poruszano m.in.

kwestie związane z potencjalnymi roszczeniami pacjentów związanymi z zakażeniem SARS-CoV-2 przy udzielaniu świadczeń oraz odbywaniem stażu w czasie pandemii. Prawnicy odpowiadali na pytania, które wcześniej do nich zgłoszono.

Kolejne spotkanie odbyło się we wrześniu. Temat rozmów to kwestie prawne związane z udzielaniem teleporad. ■

Lekarzu, chroń się przed grypą

Prezydium ORL w Krakowie zachęca lekarzy i lekarzy dentystów, aby zaszczepili się przeciw grypie.

„Przyszedł czas próby – zmagamy się z nieznaną dotąd epidemią. Każdego dnia troszczymy się o zdrowie i życie naszych pacjentów, ale musimy przede wszystkim zadbać o siebie. Nie wiemy, jak rozwinie się pandemia COVID-19, nie potrafimy określić jej scenariusza, ale doskonale znamy zagrożenie wirusem grypy sezonowej, który łączy dzień u nas znow się pojawi. Apelujemy więc do wszystkich lekarzy o odpowiedzialność i powszechne poddanie się szczepieniom

przeciwko grypie. Tylko w ten sposób możemy ograniczyć skalę problemów, jakie może nam przynieść podwójna epidemia. Apel ten szczególnie kierujemy do naszych Lekarzy Seniorów” – czytamy w dokumencie podjętym 19 sierpnia przez Prezydium ORL w Krakowie.

Kilkanaście dni później prezes krakowskiej izby Robert Stępień wystosował pismo do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego o podjęcie niezwłocznych działań w celu zapewnienia możliwości zaszczepienia się przeciwko grypie wszystkim chętnym obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej. ■

Online

W związku z panującą pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 izby lekarskie proponują coraz więcej różnego typu szkoleń w wersji wirtualnej. Bogatą ofertę szkoleń e-learningowych ma m.in. Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku. Tamtejszy ośrodek szkoleniowy zaprasza na kursy i warsztaty z zakresu opiniowania sądowo-lekarskiego, żywności i żywienia, nowych substancji psychoaktywnych, psychologicznych aspektów pracy z pacjentem i wiele innych.

Z kolei Prezydium ORL w Szczecinie podjęło stanowisko, w którym

rekomenduje, aby kursy i szkolenia organizowane lub współorganizowane przez szczecińską izbę, które można przeprowadzać online, odbywały się wyłącznie właśnie w takim trybie.

Dolnośląska Izba Lekarska podjęła natomiast decyzję, że wszystkie tegoroczne stacjonarne zdarzenia edukacyjne organizowane przez DIL zostają odwołane, ale wiele z nich odbędzie się online (aktualne komunikaty w tej sprawie można śledzić na stronie internetowej izby i w biuletynie „Medium”). ■

Wsparcie prawne – ankiet



Wiedząc, jak ważne w życiu lekarza i lekarza dentysty są aspekty prawne jego pracy, Wielkopolska Izba Lekarska przygotowała ankietę, dzięki której możliwe będzie najlepsze dopasowanie rozwiązań wsparcia prawnego dla środowiska lekarskiego przez izbę lekarską. Ankietę jest anonimowa, przygotowana w formie elektronicznej, a jej wypełnienie zajmuje zaledwie około 5 minut (<https://wil.org.pl/ankieta-prawna/>). ■

W nowej odsłonie

Siedziba Lubelskiej Izby Lekarskiej, mieszcząca się przy ul. Chmielnej 4 w Lublinie, przeszła gruntowny remont. Odnowiono elewację 20-letniego budynku, odrestaurowano schody prowadzące do głównego wejścia, wyremontowano wentylację kuchenną, odnowiono też pokoje hotelowe i zainstalowano w nich klimatyzację. Udało się także podłączyć budynek do miejskiej sieci ciepłowniczej (dotychczas do ogrzewania wykorzystywano piec gazowy). Obecnie planowany jest remont łazienek. Relacja i zdjęcia z przebiegu remontu w sierpniowo-wrześniowym numerze „Medicusa”. ■



KRZYSZTOF MADEJ

Czy opłaca się mało płacić?

Nie trzeba było mnie zbyt długo namawiać, abym reprezentował Naczelną Radę Lekarską na tegorocznym Forum Ekonomicznym w Karpaczu. Nie opierałem się zbyt długo, choć wiadomo było, że impreza ta robiona jest na siłę i będzie cieniem Forów z lat przeszłych, tych z Krynicy Górskiej.

Machnąłem więc w tę i z powrotem z 1000 km, ale nie żałuję. Moim zyskiem z tej eskapady było utwierdzenie się w przekonaniu, że moje dotychczasowe obserwacje i oceny dotyczące stanu systemu ochrony zdrowia są słuszne.

Ktoś mógłby powiedzieć: „też mi inwestycja...”. Przecież prawdziwym bodźcem rozwojowym są okoliczności, które powodują zmianę poglądów z niewłaściwych na właściwe, nieprawdziwych na prawdziwe lub dowiedzenie się czegoś nowego i ciekawego, co dotychczas niedostępne było naszej wyobraźni i co czyniło nasze poglądy nie dość wnikliwymi. A jednak utwierdzenie się w słuszności swoich poglądów też może być wartością, bo uodparnia na zwidy. Współczesna, polska medycyna pełna jest ostatnio halucynacji, zakłęb, propagandy i logicznych paradoksów, które warto umieć nazwać i ocenić krytycznym, chłodnym rozumem.

W trakcie poprzednich edycji tej imprezy, nazywanej polskim Davos, blok sesji poświęconych ochronie zdrowia był bardzo rozbudowany. Nie dziwota. Toż to ogromny kawał życia społecznego, duży sektor gospodarki, potężne przepływy finansowe. A jakie piękne długi w tym sektorze,

a długi to odroczone i zakumulowany kapitał, bywa więc, że pożądany, niekiedy bardziej od gotówki. A gdzie dług, tam i kredyty na obsługę tych długów, a gdy zaciąga się kredyt, to pojawia się prowizja i gdy się go spłaca, to także jest prowizja. No i na koniec to bezustanne i niepokojące społeczne odczucie, że w dziedzinie tej mamy nieustającą niedomogę na miarę kryzysu państwowego, z którego nie ma racjonalnego wyjścia.

Przyjeżdżali więc do Krynicy decydenci i politycy do szczybla najwyższego, i wygłaszali swoje aktualne zakłęcia rzeczywistości. Można było jednak z tych wystąpień i różnych zdarzeń kuluarowych próbować wywnioskować, jakie mogą być przyszłe decyzje rządu i parlamentu w interesującej nas dziedzinie. Podstawowym zakłębem było i jest tzw. (cytat z ministrów) „uszczelnianie systemu”, czyli mnożenie kolejnych etatystycznych i biurokratycznych barier, kontroli, wycen, standardów i procedur, które mają jakoby wymusić lepsze wykorzystanie środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia. I tak w koło Macieju od wielu lat.

W zeszłym roku, czyli jeszcze przed pandemią, która zupełnie pomieszała kroki w tym rutynowym tańcu, pojawiły się objawy defetyzmu. Co jest bowiem największym problemem i bolączką społeczną naszej ochrony zdrowia? To utrudniony dostęp do świadczeń i brak skoordynowanej opieki zdrowotnej. Jakby w odruchu bezradności dla rozwiązania tego podstawowego dylematu pojawiły się tematy dotyczące implementacji najnowocześniejszych technologii medycznych i schematów lekowych, zapewnienia odpowiedniego zorganizowania leczenia chorób rzadkich, sztucznej inteligencji w nieodległym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i szczególnie futurystyczny temat, czyli płacenie świadczeniodawcy za wykonane świadczenia proporcjonalnie do efektów leczenia. Wszystkim tym ambitnym tematom nieodmiennie towarzyszą apele

“

Podstawowym zakłębem było i jest tzw. (cytat z ministrów) „uszczelnianie systemu”, czyli mnożenie kolejnych etatystycznych i biurokratycznych barier, kontroli, wycen, standardów i procedur.

rozmaitych ekspertów od zdrowia, aby medycynę instytucjonalną oprzeć w końcu na zdrowych, ekonomicznych zasadach, bo skoro w komercyjnym sektorze zdrowia prawa ekonomicznej działają bez zarzutu, to ich proste przeniesienie do sektora publicznego (czy jak to się mówi: państwowego) na pewno da te same efekty. A to, że w obu tych sektorach sposób płacenia za świadczenia jest zupełnie odmienny, skromnie pomijamy, zakładając, że nie ma on wpływu dla ścisłości rozważań. Pandemia wyrzuciła te rojenia do góry nogami i problem dostępności do świadczeń powrócił w postaci wielokrotnie zwiększonej.

W Karpaczu było inaczej. Nie było nikogo z kierownictwa Ministerstwa Zdrowia i NFZ, nie było też „parlamentarzystów zdrowotnych” ani żadnych innych tuzów i wizjonerów myśli reformatorskiej, co to wiedzą, jak dokonać „reformy reformy”. Była natomiast wąska grupa ekspertów zdrowotnych, tych, co to zaludniają liczne konferencje panelowe na licznych kongresach o ochronie zdrowia. Istotność tej grupy eksperckiej tłumaczył sobie tak, że dają oni politykom ten komfort, że to, co robią politycy, ma pewne intelektualne zaplecze. Politycy potem i tak zrobią swoje w oparciu o podszepty zupełnie innych gremiów eksperckich. Byli też dziennikarze od zdrowia i przedstawiciele licznych medycznych portali internetowych.

Mnie przypadł w udziale (tak mi przypisano) głos panelisty w sesji pt. „Czy opłaca się mało płacić? – rola zawodów medycznych”, w której uczestniczyłem wraz z przedstawicielami innych korporacji zawodowych. To pewnie wynik założenia: „czym zajmują się samorządy zawodowe? – płacami swoich członków”. Założenie okazało się trafione, bo panel był mową oskarżycielską i narzekaniem, jak nieadekwatne są płace w ochronie zdrowia w stosunku do obciążenia pracą i rolą społeczną poszczególnych grup zawodowych.

Chciałem wprowadzić na początku pogratulować organizatorom inteligentnego, bo dowcipnego tytułu i zażartować, że na postawione w tytule

pytanie odpowiedź jest jedna, i to pozytywna: opłaca się! Jeśli celem systemu ma być zwiększenie ilości i dostępności świadczeń, to niskie koszty pracy i poczynione w ten sposób oszczędności pozwoliłyby „wyprodukować” więcej tych świadczeń. Dowodem niech będą niskie koszty pracy w krajach Dalekiego Wschodu i przeniesienie tam, z tego powodu, przemysłu z całego świata. Zadano mi jednak pytanie na wstępie, gdzie się w płacach poprawiło, a gdzie pogorszyło. Powiedziałem, gdzie się poprawiło, gdzie pogorszyło, a gdzie pozostało po staremu i byłem „po robocie”.

Zastanawiając się jednak poważnie, tj. pomijając przewrotność tytułu sesji, zacząłem szukać powodów, by tak postawić problem. Jest takie, pojawiające się co jakiś czas w wypowiedziach menedżerów ochrony zdrowia, stwierdzenie, że skoro w budżetach szpitali płace personelu to niekiedy 60–70 proc. wydatków, to szpital nie może dobrze funkcjonować, bo ma za mało pieniędzy na świadczenia. Stąd taka zawołowana sugestia, że płace w ochronie zdrowia są za wysokie. W jednym z paneli w tej sesji pojawiło się pytanie pewnego dyrektora jednego ze szpitali: „czy byłoby możliwe prawne ograniczenie górnego pułapu zarobków lekarzy?”. Przez chwilę na sali zapanowała kłopotliwa atmosfera i pytanie to pominięto w dalszej dyskusji. Faktem jest natomiast ogromne, niespotykane wcześniej rozwarstwienie środowiska lekarskiego, tworzące zupełnie nowe problemy, całkowicie odmienne od wyjściowej, peerelowskiej pauperyzacji.

Na fali tych refleksji przypominały mi się dwa zdarzenia mające z nimi związek. W trakcie jednej z manifestacji ulicznych przy okazji protestu rezydentów do pewnego młodego lidera tego zgromadzenia podeszła mocno starsza lekarka emerytka i powiedziała, że gorąco popiera postulaty płacowe młodzieży. Pamiętam, jak mówiła, że w domu (rodzice też byli lekarzami), gdy była dzieckiem i później gdy sama pracowała zawsze było bardzo skromnie. Pomyślałem sobie, toż to inteligentka, bo myśli o przyszłym porządku społecznym, a mogłaby przecież mieć żal do życia i nie popierać takich postulatów. Rozmawiałem też kiedyś z lekarką, która ma liczne osobiste kontakty z lekarzami z Belgii. Mówiła, że wszyscy jej znajomi są dobrze sytuowani, można by powiedzieć bogaci (na moje zapytanie, co to znaczy „bogaci”, odpowiedziała: „mogący kształcić dzieci na bardzo dobrych uczelniach, w tym na amerykańskich”), lecz to bogactwo jest nieprzesadne i bardzo wyrównane w przekroju całego środowiska. To zdaje się jest miara społecznego ładu w krajach rozwiniętych, że poszczególne grupy społeczne wiodą żywot dostatni, adekwatny do swojego statusu społecznego i tzw. społecznej wartości pracy.

Teraz puenta, czyli na czym niby miało polegać to moje utwierdzenie się w temacie. A na stwierdzeniu, że w myśli programowej czy to ekspertów, czy polityków nie ma żadnego modelu docelowego, trwałego systemu płacowego w medycynie. I to jest kłapa reformy.

PS Jestem pod wrażeniem. Wróć! Źle napisałem. Jest to dla mnie oczywiste, więc nie robi żadnego wrażenia. Przeprowadzono kiedyś wśród lekarzy badanie motywacji do wyjazdu do pracy za granicę. Motywacja płacowa była na trzecim miejscu. Na pierwszym były możliwości rozwoju zawodowego i pewność modelu rozwoju kariery zawodowej, na drugim – stosunki międzyludzkie w miejscu pracy. Czekam na zaproszenie na sesję: „Czy warto nie inwestować w rozwój zawodowy lekarzy i pogarszać status zawodowy lekarza w środowisku pracowniczym”. ■

“

Faktem jest ogromne, niespotykane wcześniej rozwarstwienie środowiska lekarskiego, tworzące zupełnie nowe problemy, całkowicie odmienne od wyjściowej, peerelowskiej pauperyzacji.

OKRĘGOWE IZBY LEKARSKIE

Problem z siedzibą

Wojkowska Izba Lekarska będzie musiała opuścić dotychczasową siedzibę, zlokalizowaną przy ul. Koszykowej 78 w Warszawie. Izba pod koniec lipca otrzymała już oficjalne wypowiedzenie umowy użytkowania lokalu. Okres wypowiedzenia mija z końcem października br. Trwają poszukiwania nowego lokum.

„Szukamy, oglądamy, ale jednocześnie planujemy rozwiązania awaryjne, tj. lokum tymczasowe. (...) Tymczasowość pracy, niestety, będzie trwała do momentu znalezienia siedziby oraz dostosowania jej do naszych potrzeb i ostatecznie przeniesienia finalnego. W tym czasie komunikacja formalna może być utrudniona” – informuje prezes WIL Artur Płachta na łamach wrześniowego „Skalpela”. ■

Szkolenia stacjonarne wracają do ŚIL



Szkolenia specjalizacyjne w trybie stacjonarnym prowadzone są w Śląskiej Izbie Lekarskiej od połowy sierpnia. Z zachowaniem zasad reżimu sanitarnego odbywały się zajęcia praktyczne kursu „Ratownictwo Medyczne”. W Szpitalu Chirurgii Małoinwazyjnej i Rekonstrukcyjnej w Bielsku-Białej natomiast zorganizowane zostały dwie edycje szkolenia specjalizacyjnego „Chirurgia plastyczna i rekonstrukcja oraz podstawy mikrochirurgii”.

Jednocześnie w ŚIL prowadzone są stacjonarnie kursy doskonalące, m.in. kurs „Pierwszy dzień z endoskopią przewodu pokarmowego”. Szkolenie miało na celu ułatwienie lekarzom opanowania podstaw endoskopii przed przystąpieniem do nauki w warunkach klinicznych. Kurs prowadzili dr n. med. Tomasz Marek i dr n. med. Piotr Wosiewicz, pod kierownictwem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie gastroenterologii dr n. med. Tomasza Romańczyka. ■

Webinary WIL

Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała dla lekarzy i lekarzy dentyistów dwa 45-minutowe webinary prawne. Pierwszy dotyczył m.in. mechanizmów odpowiedzialności podmiotów leczniczych i lekarzy, dokumentacji medycznej oraz skarg pacjentów.

Drugi – zaostżenia przepisów kar-noprawnych w regulacji tarczy anty-kryzysowej i świadczonej opieki medycznej, zwłaszcza w przypadku ryzykownych zabiegów i procedur medycznych. Webinary prowadzili doświadczeni mecenas. Więcej na www.wil.org.pl. ■

W sprawie osób LGBT+

3 września Prezydium ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej podjęło apel do lekarzy będących członkami izby w związku z niepokojącym rozwojem dyskusji dotyczącej sytuacji osób LGBT+. Apeluje w nim do lekarzy będących członkami izby „o kierowanie się w postępowaniu i formułowaniu wypowiedzi aktualną wiedzą medyczną i szacunkiem do drugiego człowieka bez względu na jego płeć, wiarę, orientację seksualną, rasę czy pochodzenie”. ■

Kurs kwalifikacji do szczepień

W listopadzie i grudniu dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zorganizowane zostaną online dwa certyfikowane kursy dotyczące kwalifikacji do szczepień ochronnych. Szkolenie cieszy się ogromną popularnością – już we wrześniu zamknięto listę uczestników, bo wyczerpał się limit dostępnych miejsc. Poprzednia edycja kursu miała miejsce w marcu br. stacjonarnie w siedzibie izby.

Kurs został przygotowany przez Zespół ds. Szczepień OIL w Warszawie. Trwa dwa dni, a za udział przysługuje 13 punktów edukacyjnych. Program został zrecenzowany przez dr hab. n. med. Iwonę Paradowską-Stankiewicz (konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii), dr. hab. n. med. Ernesta Kuchara (prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii) oraz dr hab. Ewę Augustynowicz, pracownika epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH).

Państwowy Zakład Higieny i Główny Inspektorat Sanitarny objęli patronatem ten kurs. ■



gazetalekarska.pl

FINANSE SZPITALI

W czasie pandemii zadłużenie szpitali publicznych nie zniknęło, ono raczej narasta. Samo oddłużenie placówek jednak nie wystarczy, aby długofalowo rozwiązać ten problem. Niektórzy mają nadzieję, że koronawirus i COVID-19 w tym pomogą, bo walka z nimi obnaża systemowe słabości.

Na koniec lipca br. zobowiązania wymagalne występowały w dwóch spośród 13 placówek ochrony zdrowia, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd **województwa zachodniopomorskiego** – Szpitalu Wojewódzkim w Szczecinie oraz Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie. Ich łączna wartość wyniosła 23 mln zł, ale w przeważającej większości są to zobowiązania przeterminowane o mniej niż trzy miesiące.

Województwo wielkopolskie jest podmiotem tworzącym dla 17 SPZOZ-ów, z których sześć (wg danych na dzień 31.07.2020 r.) posiada zobowiązania wymagalne na poziomie ok. 37 mln zł:

- Wojewódzki Specjalistyczny ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy koło Kalisza (600,75 tys. zł)
- Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie (1,97 mln zł)
- Szpital Wojewódzki w Poznaniu (13,69 mln zł)
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu (6,36 mln zł)
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie (5,64 mln zł)
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie (8,47 mln zł)

Największy poziom zobowiązań długo- i krótkoterminowych wśród szpitali, dla których **województwo mazowieckie** jest podmiotem tworzącym, występuje w specjalistycznych szpitalach (Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu). Szczególnie trudna sytuacja jest również w szpitalach psychiatrycznych, gdzie największe zobowiązania na koniec 2019 r. były w Samodzielnym Wojewódzkim Zespole Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie (ponad 28 mln zł).

Żaden z podległych samorządowi **województwa opolskiego** podmiotów leczniczych nie posiada zobowiązań wymagalnych. Jak informuje UMWO, na chwilę obecną jednostki nie mają trudności z płynnością finansową, a wszystkie zobowiązania regulowane są na bieżąco. Niemniej jednak, ujemne wyniki finansowe, odnotowane przez te podmioty na koniec pierwszego półrocza br., są „niepokojąco wysokie”, a ich poziom wskazuje na „znaczące pogorszenie sytuacji względem lat ubiegłych”.

Wysokość zobowiązań SPZOZ-ów na koniec roku kalendarzowego:

2017 r. – ponad **11,76** mld zł

2018 r. – prawie **13,1** mld zł

2019 r. – ponad **14,3** mld zł

Wśród 18 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd **województwa lubelskiego**, największe zobowiązania posiadają:

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie (364,57 mln zł)
- Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie (120,02 mln zł)
- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Zamościu (116,24 mln zł)
- Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Lublinie (111,07 mln zł)
- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie (103,55 mln zł)

Najwyższe zadłużenie spośród pięciu szpitali działających jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nadzorowane przez **województwo świętokrzyskie**, wykazuje Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach (ok. 88,2 mln zł, z czego 28,3 mln zł to zobowiązania wymagalne) oraz Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach (ok. 67 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne – 9,7 mln zł).

Cena pandemii

Szpital w Mińsku Mazowieckim nie jest zadłużony, jednak w ciągu ostatnich kilku lat poziom zobowiązań w placówce znacznie wzrósł, a pandemia COVID-19 wygenerowała dodatkowe koszty. **1,67 mln zł** – tyle wyniosła strata tej placówki po pierwszym półroczu br. – Jest ona o połowę niższa niż w roku ubiegłym w analogicznym okresie, ale to efekt wypłaty całości ryczałtu, niezależnie od stopnia jego wykonania – mówi Sylwia Idźkowska, kierownik Działu Administracji SPZOZ w Mińsku Mazowieckim. Do końca lipca **904,74 tys. zł** pochłonęły wydatki związane z COVID-19 (zakup sprzętu jednorazowego i dostosowanie funkcjonowania szpitala).

Dług szpitala (mechanizm powstawania)

niebilansowanie się przychodów
i kosztów działalności szpitala



utrata płynności finansowej



zadłużanie się u dostawców i w innych
podmiotach świadczących usługi na rzecz szpitala



konieczność spłaty wcześniejszych
zobowiązań



działalność komornika lub zadłużanie się
na rynku finansowym



kolejne pożyczki i wzrost kosztów obsługi długu



koszty są wyższe niż przychody



MARIUSZ
TOMCZAK

dziennikarz

ANALIZA

Niepewność

Mimo że pandemia przysłoniła wiele problemów, one nie zniknęły jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. W debacie publicznej mniej mówi się o sytuacji finansowej szpitali, ale to nie znaczy, że wiedzie im się lepiej – wręcz przeciwnie, tylko COVID-19 niesłusznie zepchnął ten temat na dalszy plan.

© M.TOMCZAK@GAZETALEKARSKA.PL

Dyskutując o skutkach pojawienia się koronawirusa SARS-CoV-2, wiele osób skupia się na kwestiach zdrowotnych. Z punktu widzenia osób, które chorują lub są na pierwszym froncie walki z COVID-19, to zupełnie zrozumiałe. Jednak spoglądając z szerszej perspektywy na przebieg i skutki trwającej od kilku miesięcy pandemii, wydaje się, że za rzadko poruszane są kwestie finansowe. Funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest z nimi mocno powiązane.

– Sytuacja epidemiczna miała i ma wpływ na sytuację finansową szpitala, w szczególności to widać we wzroście wydatków na środki ochrony osobistej, a także tych związanych z koniecznością poniesienia kosztów na przebudowę niezbędnej infrastruktury i dostosowanie obiektów, niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, zabezpieczenie epidemiologiczne pacjentów oraz personelu szpitala – wylicza Mariola Dwornikowska-Dąbrowska, zastępca dyrektora ds. finansowych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu i dodaje, że najpoważniejszy wzrost kosztów nastąpił właśnie w tym obszarze.

MAŁO PACJENTÓW, DUŻO TRUDNOŚCI

Pojawienie się pandemii wymagało podjęcia zdecydowanych kroków, ale po wprowadzeniu dodatkowych procedur bezpieczeństwa obniżył się wskaźnik przyjęć planowych i wydłużył czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, a wyłączenia pracowników z ich wykonywania (m.in. z powodu zwolnień chorobowych, opieki nad dzieckiem, kwarantanny) dodatkowo przyczyniły się do ograniczenia działalności szpitali. – Nie mogliśmy wykonywać planowych przyjęć i zabiegów. To nie była wina dyrektorów – podkreśla Waldemar Malinowski, prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych. Z jednej strony nowe algorytmy postępowania z pacjentami wydłużają czas trwania procedur medycznych, ale z drugiej – ich stosowanie jest niezbędne do utrzymania bezpieczeństwa epidemicznego, co stanowi warunek konieczny normalnej pracy każdej placówki. – Odstąpienie od ich stosowania mogłoby spowodować powstanie ognisk zakażenia, które zablokowałyby możliwość realizacji kontraktów, a na to nie możemy sobie pozwolić – mówi Sylwia Idźkowska, kierownik Działu Administracji Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim. Ze względu na zakażonych pacjentów, wymagających leczenia na OIOM-ie, szpitalom trudniej przeprowadzać zabiegi operacyjne. – Jesteśmy w trakcie uruchamiania drugiego, przeznaczonego tylko dla pacjentów z COVID-19, oddziału intensywnej opieki medycznej. Gdy tylko będzie możliwość przeniesienia tam pacjentów z tą chorobą, w pełni uruchomimy centrum zabiegowe i powrócimy do udzielania świadczeń, które ze względu na pandemię zostały wstrzymane bądź mocno ograniczone – mówi Natalia Cistowska, rzecznik prasowy Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie.

20%

wyniosła wartość wykonania ryczałtu za I półrocze br. w niektórych szpitalach

EPIDEMIOLOGIA, PRZEPISY, FINANSE

Niby teraz jest o niebo lepiej niż na początku pandemii, bo wzrosła wiedza, jak skutecznie chronić się przed zakażeniem koronawirusem, a jesienią i zimą prawdopodobnie nie grozi nam dramatyczny niedobór środków ochrony indywidualnej i do dezynfekcji, ale kiedy zapytałem jednego z szefów szpitali, jaka sytuacja będzie w szpitalach pod koniec roku, odesłał mnie do wróżki. – Zawsze funkcjonowaliśmy w warunkach pewnej niewiedzy co do kwestii finansowych, ale jeszcze nie było czasów, w których nie byłoby wiadomo prawie nic – mówi dr Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. S. Żeromskiego w Krakowie, a jednocześnie członek Prezydium NRL. Nie chodzi tylko o niepewność co do sytuacji epidemicznej, która – wbrew temu, co czasami mówi część komentatorów – jest nieprzewidywalna, podobnie jak nie jest znana liczba pacjentów, którzy z obawy przed koronawirusem nie zgłoszą się na zaplanowane zabiegi i hospitalizacje. Na nieznaną przyszłą sytuację epidemiczną nakłada się niestabilność prawa. Wiele ważnych przepisów, co wielokrotnie obserwowaliśmy w ostatnich miesiącach, wprowadzano niemal z dnia na dzień (co prawda nie tylko w obszarze bezpośrednio dotyczącym placówek ochrony zdrowia, ale to żadne pocieszenie). Z powodu skłonności do gorączki legislacyjnej jeszcze trudniej przewidzieć, w jaki sposób będą funkcjonowały szpitale za kilka czy kilkanaście tygodni, gdy – co będzie stanowiło dodatkowe utrudnienie – z koronawirusem skrzyżują się infekcje wirusów grypy, paragrypy czy rinowirusów, a z uwagi na powagę sytuacji placówki, tak jak wiosną, zostaną przymuszone do podjęcia zdecydowanej odpowiedzi na tę nową sytuację wskazaną np. w rozporządzeniach ministra zdrowia. – Likwiduje się placówki jednoimienne, ale wciąż nie wiadomo, jak będą finansowane tzw. łóżka covidowe. Nie wiadomo, w jaki sposób będzie rozliczana 1/12 kontraktu, którą

szpitale otrzymywały przez ostatnie kilka miesięcy w sposób zaliczkowy – mówi dr Jerzy Friediger, a to tylko część z długiej listy znaków zapytania wymieszanych z obawami. Od dawna pojawiają się głosy, że znaczna część placówek należących do sieci szpitali nie zdoła w tym roku zrealizować kontraktu. To samo w sobie stanowi poważny problem, a potęguje go fakt, że właśnie na tej podstawie ma być obliczany ryczałt na przyszły rok. Mało kogo uspokaja to, że okres rozliczeniowy wykonania ryczałtów ma zostać wydłużony do końca czerwca 2021 r.

NADROBIĆ? JAKIM CUDEM?

Niedawno Związek Powiatów Polskich wzięt pod lupę 372 szpitale zakwalifikowane do I i II stopnia sieci. Okazało się, że we wszystkich typach analizowanych placówek (bez szpitali jednoimiennych) wartość wykonania ryczałtu za I półrocze br. wahała się od 20,3 proc. do 59,4 proc. (wartości procentowe odnoszą się do wykonania ryczałtu zaplanowanego na cały 2020 r.). „Warto zwrócić uwagę na wykonanie ryczałtu w szpitalach powiatowych I stopnia, ponieważ grupa ta jest w zestawieniu najbardziej liczna. Średnie wykonanie ryczałtu w tych jednostkach oscyluje w granicach 40 proc.” – wskazano w raporcie ZPP. Nie trzeba mieć analitycznego zacięcia, aby szybko dojść do wniosku, że ponad wszelką wątpliwość istnieją placówki z zaległościami za okres styczeń-czerwiec dużymi na tyle, że do grudnia nie uda się im nadrobić zakontraktowanych świadczeń, nawet gdyby koronawirus zniknął z dnia na dzień. – To nie jest możliwe w bieżącym okresie rozliczeniowym – mówi Daria Rodziejczak, rzecznik prasowy Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie, a podobne słowa od dawna padają z wielu stron. Szpitale nie zaczęły nagle przyjmować kilkakrotnie więcej pacjentów niż do tej pory, bo np. bloki operacyjne mają określoną dobową przepustowość pacjentów, brakuje też lekarzy, zwłaszcza niektórych specjalności, oraz pielęgniarek, a część chorych po prostu rezygnuje



NFZ chce zmotywować szpitale mające podpisany z nim kontrakt do udzielania świadczeń, których liczba dramatycznie spadła w związku z pandemią. Dyrektorzy otrzymują jasny sygnał: przyjmujcie pacjentów, bo nie zarobicie.

z kontaktu z placówkami ochrony zdrowia. – Obserwujemy spadek zainteresowania świadczeniami planowymi, które wiążą się z pobytem w szpitalu. Pacjenci cały czas czują obawy przed zarażeniem – mówi Wioleta Wojciechowska z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie. Oczywiście nie wszędzie z wykonaniem ryczałtu jest dramatycznie. W Szpitalu Powiatowym we Wrześni, zgodnie z ostrożnymi przewidywaniami prezesa zarządu Zbigniewa Hupały, istnieje możliwość realizacji umów z płatnikiem w granicach 95-100 proc. Podobne deklaracje padają od części przedstawicieli dużych placówek. – Zakładamy, że uda nam się zrealizować kontrakt do końca roku – mówi Maciej Lamparski, zastępca dyrektora ds. sprzedaży USK we Wrocławiu.

POMAGA, ALE NIE REKOMPENSUJE

Po pojawieniu się pandemii NFZ wspólnie z Ministerstwem Zdrowia przygotowały rozwiązania, które placówkom medycznym miały zagwarantować stabilność finansową w tym trudnym okresie. Przede wszystkim nastąpiła płatność rat kontraktowych niezależnie od poziomu realizacji świadczeń, ale to rozwiązanie czasowe. Poza tym wzrosła wycena punktu rozliczeniowego w ryczałcie PSZ, co zostało naliczone wstecznie od stycznia, i skrócono terminy płatności z 14 dni kalendarzowych do 5 dni roboczych,

a w związku ze zwiększonymi wydatkami ponoszonymi przez świadczeniodawców z powodu podwyższonego reżimu sanitarnego wprowadzono 3-proc. dodatek do kontraktu zrealizowanego w danym miesiącu. Przedstawiciele wielu lecznic pytani o ocenę tych działań przyznają, że okazały się one pomocne. – Jednak z punktu widzenia naszego szpitala, który jeszcze przed wybuchem pandemii miał niestabilną sytuację finansową, nie są wystarczające. Pomagają pokryć część wydatków związanych z pandemią, ale nie rekompensują poniesionych w wyniku jej zaistnienia strat – mówi Wioleta Wojciechowska. Do początku września obowiązywały przepisy określone w rozporządzeniu ministra zdrowia z 15 kwietnia, w oparciu o które szpitale otrzymywały co miesiąc równowartość 1/12 raty kontraktu niezależnie od liczby zrealizowanych świadczeń. – Mechanizm płatności rat kontraktowych niezależnie od poziomu realizacji świadczeń oraz skrócenie terminów płatności pozwoliły szpitalowi zachować płynność finansową w okresie pandemii – przyznaje Maria Włodkowska, rzecznik prasowy Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Zobowiązania ogółem tej placówki wynoszą 458,2 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne 50,16 mln zł, co – jak dodaje – wynika głównie ze zbyt niskiej wyceny świadczeń medycznych, którą dodatkowo pogłębił wzrost kosztów środków ochrony indywidualnej.

POWRÓT DO STARYCH ZASAD

Od 5 września, na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, rozliczeniu podlegają wyłącznie te wykonane i prawidłowo sprawozdane, a „przywrócenie reguł rozliczania umów o udzielanie świadczeń do stanu sprzed pandemii jest jednym z elementów działań na rzecz uzyskania pełnej dostępności do świadczeń dla pacjentów”. Płatnik nie ukrywa, że chce zmotywować szpitale mające podpisany z nim kontrakt do udzielania świadczeń, których liczba dramatycznie spadła w związku z pandemią. Mówiąc

wprost, chodzi o wysłanie jasnego sygnału do świadczeniodawców: przyjmuj pacjentów, bo nie zarobisz. Jeśli chodzi o przyjęcia planowe w ramach umów na leczenie szpitalne, w pierwszych kilku miesiącach tego roku największa skala zaległych świadczeń była w chirurgii ogólnej, okulistyce, ortopedii i traumatologii narządów ruchu oraz otolaryngologii. Długo można by opisywać, w jaki sposób pandemia wpłynęła na kondycję finansową szpitali, ale nie należy zapominać, że zadłużenie nie pojawiło się po wykryciu pierwszego przypadku koronawirusa. – Duże zadłużenie to jeden z najważniejszych problemów szpitali publicznych, będący papierkiem lakmusem stanu całej ochrony zdrowia w Polsce – mówi Dariusz Wasilewski, były wiceprezes NFZ. Jak dodaje, są placówki bez „złych długów”, ale z powodu braków w kasie wiele z nich przez lata nie może prawidłowo funkcjonować.

INFORMACJA NIEJAWNA

Przez kilkanaście lat, w oparciu o obowiązkowe sprawozdania składane przez SPZOZ-y, Ministerstwo Zdrowia podawało do publicznej wiadomości sumę ich zadłużenia. Ostatnio publikowane dane dotyczą IV kwartału 2019 r. (zobowiązania wyniosły 14,3 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne – prawie 2 mld zł). Czy i w jakim stopniu te sumy wzrosły, nie wiadomo, bo resort takich informacji nie podaje. Poza niedoszacowaniem wyceny procedur przez NFZ, jest wiele powodów wpływających na zadłużenie lecznic. Z pewnością można doszukiwać się mniejszych lub większych błędów w zarządzaniu placówkami, niewłaściwym sprofilowaniu części z nich, niektórzy jasno wskazują, że lecznic jest zdecydowanie za dużo, ale nie sposób pominąć tego, że od długiego czasu placówki zmagają się z niewspółmiernym przyrostem kosztów w stosunku do osiąganych przychodów. Wynika to m.in. z nakładania na nie nowych obowiązków i wchodzenia w życie kolejnych regulacji obciążających ich budżety, co

nie ma pokrycia w środkach otrzymywanych z NFZ. W ostatnich latach wchodziły w życie przepisy pociągające za sobą wzrost kosztów wypłaty wynagrodzeń i odprowadzania składek ZUS oraz, co było spowodowane podniesieniem niższego wynagrodzenia i minimalnej stawki godzinowej na umowach-zleceniach, opłacaniem usług (np. sprzątanie, ochrona). To kwestie niezwiązane bezpośrednio z pandemią, choć w jej czasie dały o sobie znać, gdzieś tam ze zdwojoną siłą.

REKORDOWA DZIURA BUDŻETOWA

Nie wiadomo, w jaki sposób na szpitalne deficyty zareagują osoby odpowiedzialne za wyznaczanie reguł funkcjonowania opieki zdrowotnej, w tym nowy minister zdrowia Adam Niedzielski, który jest doktorem nauk ekonomicznych, a nie medycznych. W ponad 30-letniej historii III RP to ewenement, bo dotychczas ten urząd obejmowali właściwie tylko lekarze. Osoby rwące z tego powodu szaty warto uspokoić, bo w wielu krajach to reguła, że na czele tego resortu staje osoba bez wykształcenia medycznego (np. w Niemczech przez ostatnie 30 lat ministrem zdrowia tylko raz był lekarz, w tym przez 9 lat resortem kierowała nauczycielka). Z kolei osobom pokładającym wielkie nadzieje w tym, że skoro Ministerstwem Zdrowia kieruje ekonomista, to na pewno znajdzie sposób na rozwiązanie problemu zadłużenia szpitali, wypada z przymrużeniem oka przypomnieć powiedzenie, że broda nie czyni filozofem. Jaką filozofię finansowania szpitali ma minister Adam Niedzielski i czy uda mu się ją wprowadzić w życie, dopiero się okaże. Szykuje się największa dziura budżetowa od transformacji ustrojowej, a ogromną część kryzysowej pomocy rząd wypchnął poza finanse publiczne. Długi, także te ukryte księgowymi sztuczkami, trzeba kiedyś spłacić, a im bardziej zadłuża się nasz kraj, tym trudniej będzie wypełniać misję ministrowi zdrowia, a szpitalom pozyskać finansowe wsparcie. ■

5 WRZEŚNIA

– od tego dnia, na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, rozliczane są tylko te wykonane przez szpital

Było, jak jest

O zadłużeniu szpitali i przyczynach, które powodują, że część publicznych placówek przez długie lata nie wychodzi na prostą, mówi się od dawna. Nie brak opinii, że w ostatnich latach nie zrobiono nic, aby całościowo rozwiązać ten problem.



**DR JERZY
FRIEDIGER**

**dyrektor Szpitala
Specjalistycznego
im. S. Żeromskiego
w Krakowie, członek
Prezydium NRL**

Do 4 września szpitale otrzymywały co miesiąc 1/12 raty kontraktu niezależnie od poziomu realizacji świadczeń, bo w związku z pandemią nie wykonywały dużej części procedur z przyczyn niezależnych od siebie.

Nadal jednak nie wiadomo, jak te środki zostaną rozliczone, gdyż NFZ wypłacał pieniądze w sposób zaliczkowy. Od 5 września Fundusz rozlicza tylko świadczenia wykonane przez szpital. W sensie rozliczeniowym to powrót do czasu sprzed pandemii, ale w sensie faktycznym sytuacja nie przypomina tej z początku roku. Wszyscy musimy stosować się do zwiększonego reżimu sanitarnego, a pacjenci nadal nie zawsze przychodzą na umówione terminy. Strach przed COVID-19 czasami jest silniejszy niż przed skutkami niezgłoszenia się na zaplanowany zabieg. Z powodu pandemii sytuacja finansowa szpitali zeszła na dalszy plan, ale ona się nie poprawiła. W tym roku nastąpiło wiele zdarzeń, które doprowadziły do wzrostu kosztów niezależnie od decyzji podejmowanych

przez zarządzających. Na początku roku wzrosły płace minimalne, później pojawił się koronawirus i wiele szpitali ograniczyło swoją działalność, w górę poszły koszty wynikające z wprowadzenia podwyższonych wymogów reżimu sanitarnego, niebotycznie podskoczyły ceny środków ochrony indywidualnej. Choć otrzymaliśmy bezpłatnie sporo pomocy materialnej, to większość środków ochrony musieliśmy zakupić. Przed pandemią firma wyłoniona w przetargu dostarczała do naszego szpitala maseczki chirurgiczne po 22 grosze za sztukę, a co się działo później, wszyscy wiemy. 3 proc. dodatek z NFZ na poczet kosztów prowadzenia działalności leczniczej w podwyższonym reżimie sanitarnym nie rekompensuje wzrostu wydatków. Mówi się, że szpitale nie zwiększyły w czasie pandemii zadłużenia, bo miały wypłacane środki bez ponoszenia kosztów zmiennych, ale to nie do końca jest prawda. W moim szpitalu jednocześnie w niektórych tygodniach brakowało po 250–300 osób w związku z przebywaniem na zwolnieniach chorobowych, opieką nad dzieckiem czy kwarantanną. Nieobecnych było więcej niż wcześniej, a trzeba ich zastąpić, co wiązało się z koniecznością wypłacania nadgodzin. Szukanie oszczędności jest tu niemożliwe, bo normy zatrudnienia są określone przez ministra zdrowia. ■

Są różne przyczyny zadłużania się publicznych placówek ochrony zdrowia, ale jedną z najważniejszych jest stawianie przed świadczeniodawcami, w tym przed szpitalami, gdzie długi są najbardziej widoczne, celów, które muszą realizować bez oglądania się na rachunek ekonomiczny.

W związku z tym, że nie towarzyszy temu odpowiednio modyfikowane wynagrodzenie, pacjent otrzymuje świadczenie, za które szpital nie ma pełnego zwrotu poniesionych kosztów z NFZ. Wiele placówek zaczyna być na minusie także wtedy, kiedy rząd centralnie ustala poziom wynagrodzeń przerastający możliwości finansowe danego szpitala, a w ślad za wprowadzeniem przepisów nakazujących obowiązkowe podwyżki określonym grupom nie idą dodatkowe pieniądze. Ważną przyczyną zadłużania się publicznych zakładów opieki zdrowotnej należących do władz samorządowych jest rozliczanie ich z realizacji działań na rzecz miasta czy powiatu. Spoglądając na to, czy mieszkańcy są zadowoleni, nie zawsze bierze się pod uwagę to, czy działalność szpitala się bilansuje, a właściwie, czyli władze powiatu, często po prostu unika podejmowania niepopularnych

decyzji związanych z restrukturyzacją placówki. Bywa i tak, że szpital staje się łupem partyjnym. Wtedy nieważne są umiejętności zarządcze, najważniejsze jest to, aby rządził nim „nasi”. Czasami trzeba by zwolnić ordynatora, który piastuje stanowisko od wielu lat i choć źle zarządza oddziałem, to nikt tego nie robi, bo jest wpływowy w środowisku lokalnym. W ochronie zdrowia zbyt dużo mówi się o misji, przez co tworzy się mityczny obraz branży niemającej funkcjonować tak, jak normalne przedsiębiorstwo gospodarcze. Nikt nie zwraca uwagi, że producenci sprzętu medycznego czy maseczek ochronnych nie pracują dla wzniosłych idei, lecz osiągają z tego zyski. Skoro ciągle słyszymy, że lekarze i pielęgniarki mają pracować dla misji, to dlaczego tymi samymi pobudkami nie kierują się na przykład firmy farmaceutyczne? W każdym zawodzie są osoby pracujące dla misji, ale prawda jest taka, że w Polsce większość ludzi podejmuje zatrudnienie w zamian za wynagrodzenie. Tak samo jest wśród pracowników ochrony zdrowia. Gdyby to, co mówię, było nieprawdą, należałoby wszystkim lekarzom i pielęgniarkom zaproponować pracę za darmo, zapewniając tylko możliwość wykonywania zawodu. ■



ANDRZEJ SOŚNIERZ

**wieloletni
parlamentarzysta,
były prezes NFZ**



**DARIUSZ
WASILEWSKI**

były wiceprezes NFZ

Wwielkim uproszczeniu można powiedzieć, że najważniejszą przyczyną zadłużenia są zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia, ale jeśli przyjrzeć się temu zjawisku bliżej, to widać, że winny jest siemiężny i niejednorodny system, w którego istotę wpisany jest brak wystarczającej ilości pieniędzy.

Żeby rozwiązać ten problem, potrzebny jest pomysł, który nie polega tylko na zmianie zarządzania i zwiększeniu ilości środków w systemie. Od kilkunastu lat polepszenie sytuacji w ochronie zdrowia ogranicza się głównie do ręcznego sterowania strumieniem finansowym. Każdy kolejny rząd odkręca kurek, „dolewając” pieniądze w jednym miejscu, a potem gdzie indziej, albo ingeruje m.in. w wycenę świadczeń. W grę wchodzi czasami duże kwoty, kilkaset milionów albo jeden czy dwa miliardy, co oczywiście doraźnie pomaga, ale nie ma nic wspólnego

ze zmianą systemową, bo nawet jeśli długi szpitali chwilowo przestają rosnąć, to wkrótce sytuacja pogarsza się na nowo. Nasz system powinien zostać radykalnie zreformowany, tak aby nadano mu jednorodny kierunek. Obecny jest hybrydą wydającą złe owoce, za co wszyscy w jakimś stopniu płacimy, bo długi są rolowane lub na stałe wpisane w samorząd terytorialny. Żyjemy w iluzji, bo z jednej strony mamy nieograniczone potrzeby zdrowotne, a z drugiej strony budżet NFZ jest ograniczony, więc w obecnych warunkach nie da się sprostać wszystkim oczekiwaniom społeczeństwa. Nie istnieje konkurencja, która jest gwarantem jakości, a płatnik jest pasywnym regulatorem stanu zastanego. System, w którym mało mówi się o odpowiedzialności i efektywnym zarządzaniu chorobą oraz nie bierze się pod uwagę prawa popytu i podaży, zawsze będzie skażony deficytem. ■

Kiedy pracowałam w publicznej służbie zdrowia, to wydawało mi się, że zarządzającym niepublicznymi podmiotami jest trochę łatwiej.

Tymczasem wyzwania zarówno w prywatnych, jak i publicznych placówkach są takie same – to odwieczny problem braku pieniędzy i relacji z NFZ. Jeśli chcemy racjonalnie podchodzić do realizacji kontraktów, to musimy zastanowić się, czy obecna wycena świadczeń odzwierciedla faktyczne koszty ich wykonania. Istnieje potrzeba dokonania szczegółowej analizy, co trzeba zrobić, aby pacjent był leczony w danej placówce oraz by podmiot – nieważne czy publiczny, czy prywatny – mógł się bilansować. Do AOTMiT podaje się przeważnie koszty, które można stosunkowo łatwo wyliczyć, czyli związane m.in. z zatrudnieniem personelu medycznego, zużyciem leków i środków ochrony osobistej, ale nikt nie pyta np. o to, ile pochłania

wytwarzanie i gromadzenie papierowej dokumentacji medycznej. Czasem jest jej taka ilość, że w szpitalnych składnicach i archiwach nie da się już nic pomieścić, a zlecenie przechowania jej przez firmy zewnętrzne wiąże się z dodatkowymi kosztami. Na szpitale nałożone są różne obowiązki administracyjne, nie do końca bezpośrednio związane z hospitalizacją czy leczeniem pacjentów. Generują koszty, które nie są uwzględniane w wycenie przez płatnika. Nie były one również przewidziane w systemie naliczania 1/12 kontraktu rocznego niezależnie od ilości wykonywanych świadczeń, wprowadzonym w związku z pandemią kilka miesięcy temu. Wiele mówi się o sekretarkach medycznych, które odciążyłyby lekarzy, ale ich zatrudnienie nie jest brane pod uwagę przy wycenie świadczeń, więc jeśli szpital chce mieć u siebie personel pomocniczy, to musi po prostu wyczarować na to pieniądze. ■



**ANNA
GIL-BOROWIECKA**

prezes zarządu NZOZ
Vito-Med Sp. z o.o.



JANUSZ BONIECKI

dyrektor SPZOZ
im. Jana Parnasa
w Człuchowie

Polskie szpitale muszą uporać się z zadłużeniem, ale konieczna jest również dyskusja nad ich profilowaniem, optymalizacją wydatków i zmianą struktury właścicielskiej.

To prawda, że niektóre procedury są źle wycenione przez NFZ, ale bez poprawy efektywności działania wielu placówek nie uda się wyjść na prostą. W porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, liczba szpitali w Polsce jest duża. Jeden z wiodących krajów pod względem opieki zdrowotnej, Holandia, liczy mniej więcej połowę ludności Polski, a działa tam tylko 48 szpitali, podczas gdy u nas jest

ich kilkaset. W Polsce nie ma definicji szpitala, dlatego stosunkowo łatwo można uzyskać u wojewody wpis do rejestru, zakładając szpital mający jedną salę i jedno łóżko. Są placówki z oddziałami ginekologicznymi, w których w ciągu roku przez 150 dni nie urodziło się żadne dziecko, mimo że na co dzień są w nich sale porodowe, a w pełnej gotowości są tam lekarze, w tym anestezjolog, i położne. Znacznie taniej i zdecydowanie bezpieczniej byłoby przewieźć ciężarną pacjentkę mercedesem klasy S kilkanaście kilometrów do sąsiedniego szpitala, w którym rocznie przyjmuje się ponad 1000 porodów. Dzięki profilowaniu placówek i ich konsolidacji można optymalizować koszty, co wiem z własnego doświadczenia, bo w ciągu ostatnich 17 lat zarządzałem sześcioma szpitalami, a dwukrotnie łączyłem placówki, w tym należące do różnych właścicieli. Obecnie mniej więcej połowa pieniędzy z budżetu NFZ jest przeznaczana na szpitalnictwo. Osiąganie zysków nie jest głównym celem szpitala, bo one przede wszystkim powinny leczyć chorych, wydłużać życie pacjentom oraz podnosić jego jakość – zwłaszcza w latach późnej starości. Niemniej zadłużona placówka nie będzie w stanie wykonywać prawidłowo swoich usług, bo zacznie jej brakować pieniędzy na realizację celów. ■

LIDIA
SULIKOWSKA

dziennikarz

RAPORT COVID-19

Ponad milion ofiar

Wraz z końcem września liczba zakażeń SARS-CoV-2 przekroczyła 33 mln na całym świecie. Dotychczas ponad milion osób zmarło z powodu COVID-19. Obecność wirusa potwierdzono w 188 krajach.

Na dzień 28 września odnotowano 7,7 mln przypadków aktywnych (65 tys. osób w stanie bardzo poważnym/krytycznym) i 25,7 mln o charakterze zamkniętym (wyleczeni – 96 proc.; zgoni – 4 proc.).

We wrześniu było ponad 8 mln nowych zakażeń. Dienne przyrosty oscylowały w granicach 250-320 tys. W dalszym ciągu kraje, gdzie występuje najwięcej zainfekowanych, to USA, Brazylia, Indie i Rosja.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Worldometers, do 28 września potwierdzono ponad 7,3 mln zakażeń w USA (nadal ich przybywa, ale w mniejszym tempie niż jeszcze parę tygodni temu). Bardzo dużą aktywność SARS-CoV-2 odnotowano w Indiach (ponad 6 mln zakażonych w porównaniu do ok. 3,6 mln na koniec sierpnia). Na trzecim miejscu uplasowała się Brazylia (4,7 mln), a na czwartym – Rosja (1,2 mln). W tych czterech krajach potwierdzono też najwięcej przypadków aktywnych.

Kolejne państwa z bardzo dużą liczbą zakażeń to: Kolumbia (813 tys.), Peru (805 tys.), Hiszpania (735 tys.), Meksyk (730 tys.), Argentyna (711 tys.), RPA (670 tys.).

ALARM WE FRANCJI

W ostatnim czasie sytuacja pogorszyła się we Francji. Na koniec września w kraju nad Sekwaną było prawie 540 tys. zakażonych, z czego aż 411 tys. to przypadki aktywne. We wrześniu dziennie było tam nawet po kilkanaście tysięcy nowych

zakażeń. Co więcej, analizując przypadki o charakterze zamkniętym we Francji, widać duży odsetek zgonów z powodu COVID-19 – wyleczeni stanowią 75 proc., a zmarli – aż 25 proc. W związku z nasileniem pandemii szpitale w całym kraju odwołują zabiegi u osób niewymagających natychmiastowej interwencji, aby przygotować więcej łóżek dla pacjentów z COVID-19.

Duży wzrost zakażeń w ostatnich tygodniach odnotowano także m.in. w Wielkiej Brytanii, Iranie i na Ukrainie, a także w Izraelu.

Dotychczas najwięcej zgonów było w USA (ponad 200 tys.), Brazylii (142 tys.), Indiach (95,6 tys.), Meksyku (76 tys.), Wielkiej Brytanii (42 tys.), we Włoszech (35,8 tys.), w Peru (32,2 tys.) i we Francji (31,7 tys.).

W Polsce do 28 września potwierdzono 88,6 tys. zakażeń koronawirusem, z czego ok. 17,7 tys. to przypadki aktywne. Prawie 2,5 tys. osób zmarło.

Walka z pandemią zakłada funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. WHO opublikowała raport, z którego wynika, że wśród 105 krajów biorących udział w badaniu 90 proc. zgłosiło trudności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Wśród najczęściej wymienianych obszarów były m.in.: wykonywanie rutynowych szczepień, diagnostyka i leczenie chorób niezakaźnych, leczenie zaburzeń psychicznych, diagnostyka i leczenie nowotworów, a także leczenie przeciwwirustowe.

Kraje z największą liczbą zakażonych (stan na 28.09.2020)

- **USA (ponad 7,3 mln)**
- **Indie (ponad 6 mln)**
- **Brazylia (4,7 mln)**
- **Rosja (1,2 mln)**

CO DALEJ?

– Mam nadzieję, że pandemia zakończy się w czasie krótszym niż dwa lata – stwierdził pod koniec sierpnia szef WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus. Zastrzegł jednak, że to optymistyczny scenariusz.

Duże nadzieje pokłada się w opracowaniu skutecznej szczepionki przeciw COVID-19. Nie wszystkim jednak ten pomysł się podoba. Jak wynika z sondażu Ipsos, opublikowanego na początku września, gdyby szczepionka była dostępna, na zaszczepienie zdecydowałoby się 74 proc. badanych (respondenci: 20 tys. osób z 27 krajów). Najwięcej zwolenników szczepionki jest w Chinach (97 proc.), Brazylii (88 proc.), Australii (88 proc.) i Indiach (87 proc.), a najmniej – w Rosji (54 proc.), Polsce (56 proc.), na Węgrzech (56 proc.) i we Francji (59 proc.).

Osoby, które nie chcą się szczepić, obawiają się skutków ubocznych szczepionki, mają też wątpliwości co do jej skuteczności. Nie można jednak stwierdzić, że w grupie tej są przeciwnicy szczepień w ogóle. Ogólny sprzeciw wobec szczepionek zadeklarowało tylko 17 proc. osób sceptycznie nastawionych do szczepionki antycovidowej. ■

W PIGUŁCE

Zmiany w specjalizacjach

31

sierpnia opublikowana została ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. 2020 poz. 1493).

Od 1 września br. (z mocą od 20 marca 2020 r.) wprowadzony został przepis stanowiący, że lekarz odby-

dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych), jeżeli zgłosił jednostce szkolącej gotowość do realizacji programu tego szkolenia. O ten czas przedłuża się również szkolenie specjalizacyjne. Przewiduje to dodany art. 16i ust. 4a i art. 16l ust. 1 pkt 5a) ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

W art. 16m tejże ustawy dodano również ust. 18a, który zwalnia lekarzy w opisanych sytuacjach z obowiązku wykonania i udokumentowania procedur medycznych objętych programem specjalizacji pod trzema warunkami, które muszą być spełnione łącznie: szkolenie musiałoby zostać przedłużone, kierownik specjalizacji potwierdzi, że lekarz posiadał te umiejętności, lekarz wykonał przynajmniej połowę liczby danej procedury przewidzianą w programie.

Dodany art. 16rc ust. 3 a i 3b daje możliwość odstąpienia od testowej albo ustnej części PES. Z kolei w art. 16s dodano ust. 7a-7g, przewidujące „zdalny” PES – przeprowadzany za pomocą środków komunikacji elektronicznej z jednoczesnym udziałem składającego egzamin i członków zespołu egzaminacyjnego. W takiej sytuacji składający egzamin ma przebywać pod bezpośrednim nadzorem w siedzibie CEM lub innym miejscu wskazanym przez CEM.

Zmiana art. 16t pozwala na zwolnienie z opłaty za PES lekarza, który ją wniósł, ale do egzaminu nie przystąpił ze względu na epidemię. Trzeba jednak złożyć wniosek w ciągu 70 dni od daty PES. ■

Jarosław Klimek, radca prawny OIL w Łodzi



Zmiana art. 16t pozwala na zwolnienie z opłaty za PES lekarza, który ją wniósł, ale do egzaminu nie przystąpił ze względu na epidemię.

wający specjalizację w okresie zagrożenia epidemicznego lub epidemii, który nie może z tego powodu realizować programu specjalizacji w pełnym wymiarze, otrzyma wynagrodzenie za czas niezrealizowanego programu z wyłączeniem wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych (w jego części, jaką stanowi



gazetalekarska.pl

Ustawa o Funduszu Medycznym

17

września Sejm przyjął Ustawę o Funduszu Medycznym. Przewiduje ona przeznaczenie dodatkowych pieniędzy – do 4 mld zł rocznie – na ochronę zdrowia, na trzy zasadnicze filary: leczenie onkologiczne i chorób rzadkich, inwestycje dotyczące m.in. nowych terapii oraz profilaktykę. W tym roku na FM zostaną przeznaczone 2 mld zł.

Na razie nie ma jasno wskazanych źródeł finansowania funduszu. Wiadomo jedynie, że ma on być wsparciem równoległym dla zasadniczego systemu finansowania ochrony zdrowia. Pieniądze z Funduszu Medycznego będą przeznaczone m.in. na dofinansowywanie przebudowy, modernizacji lub doposażenia strategicznych podmiotów ochrony zdrowia, szpitali,

zwiększanie skuteczności programów profilaktycznych oraz na finansowane innowacyjnych terapii lekowych, a także świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju.

Powołanie Funduszu Medycznego zapowiadał w marcu prezydent Andrzej Duda, a w czerwcu złożył w Sejmie projekt ustawy w tej sprawie. (MJ) ■

UBEZPIECZENIA

Wobec skutków zakażenia

Wraz z pandemią COVID-19 pojawiło się wiele ofert ubezpieczenia lekarzy i lekarzy dentystów, czy to od ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, czy od spowodowanej zarażeniem utraty zarobków. Warto wobec tego przybliżyć istotne warunki takich umów i regulacje prawne nimi rządzące. Pomoże to ocenić proponowane warunki ubezpieczenia.

TEKST JAROSŁAW KLIMEK, RADCA PRAWNY OIL W ŁÓDZI

Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej umowa ubezpieczenia i jej ogólne warunki powinny być jednoznaczne i zrozumiałe. Sformułowania niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczonego. Nie można zawrzeć umowy bez wnikliwego zapoznania się z jej treścią oraz ogólnych warunków, a przynajmniej z kartą produktu ubezpieczeniowego, która ułatwia ocenę postanowień umowy.

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

Umowa ubezpieczenia musi określać przedmiot ubezpieczenia. Tu warto zwrócić uwagę, jaki okres niezdolności do pracy uprawnia do świadczeń z ubezpieczenia. Może okazać się, że ustalone na odpowiednim poziomie kwoty świadczeń z ubezpieczenia zostaną wypłacone dopiero wtedy, gdy pobyt ubezpieczonego w szpitalu przekroczy dwa tygodnie lub gdy choroba niewymagająca hospitalizacji potrwa więcej niż 30 dni.

Trzeba też zwrócić uwagę na to, czy obowiązek wypłaty świadczenia przewidzianego umową wiąże się z przyczyną pierwotną szkody, z jej powstaniem czy ujawnieniem. Moment ten musi być wyraźnie wskazany w umowie i żeby cokolwiek uzyskać od ubezpieczyciela, musi przyspać w okresie obowiązywania umowy. Jest to szczególnie istotne w przypadku umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, które obejmować mogą także szkody

zgłoszone w okresie ubezpieczenia (art. 822 § 3 Kc). Wymaga to także odpowiednio długiego przechowywania polis – aż do upływu terminu przedawnienia roszczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Niezwykle istotne znaczenie mają wyłączenia odpowiedzialności z zakresu ubezpieczeń. Są to wymienione w umowie lub jej ogólnych warunkach zdarzenia, które mimo że ziszcza się ubezpieczone ryzyko, powodują odmowę wypłaty świadczeń. W umowie ubezpieczenia utraty zarobków może to być wykonywanie jakichkolwiek czynności zarobkowych.

CZAS TRWANIA UMOWY

Kolejną istotną kwestią jest okres zawarcia umowy i jej ewentualne przedłużenie. Zwykle umowy ubezpieczenia zawierane są na czas określony. Zawierają jednak często postanowienia, które powodują ich automatyczne przedłużenie, jeśli ubezpieczony w określonym w umowie terminie nie zawiadomi ubezpieczyciela, że rezygnuje z ubezpieczenia na kolejny okres. Mogą też wygasać z upływem okresu, na jaki zostały zawarte, jeśli ubezpieczony wyraźnie nie oświadczy, że chce kontynuować ubezpieczenie. Nie można tu z góry zakładać rozwiązań znanych z ubezpieczenia posiadaczy pojazdów mechanicznych.

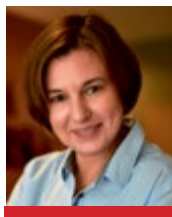
Zmiana treści umowy i ogólnych warunków ubezpieczenia jest możliwa tylko w przypadkach przewidzianych

w przepisach lub z ważnych powodów przewidzianych w umowie lub w OWU. Takie same zasady dotyczą wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany OWU ubezpieczony musi być powiadomiony o treści zmiany i mieć możliwość rozwiązania umowy (art. 384¹ Kc w zw. z art. 812 § 9 Kc). Przepisy dają też prawo „namysłu” ubezpieczonemu przy umowach dłuższych niż na 6 miesięcy – można od nich odstąpić do 30 (w życiu prywatnym) lub 7 (w życiu zawodowym) dni od jej zawarcia.

Zdarza się, że składka ubezpieczeniowa rozkładana jest na raty. Opóźnienie w zapłacie raty nie spowoduje automatycznie wygaśnięcia umowy. Może się tak stać wyłącznie wtedy, gdy przewiduje to umowa, ale najpierw ubezpieczyciel musi wezwać do zapłaty w terminie 7 dni z zagrożeniem, że brak zapłaty spowoduje ustanie jego odpowiedzialności.

Istotne jest też zawiadomienie o wypadku ubezpieczeniowym. Uchybienie w tym zakresie może skutkować zmniejszeniem świadczenia, jeśli przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

Trzeba również pamiętać, że w razie sporu z ubezpieczycielem przepisy przewidują możliwość wytoczenia powództwa przed sąd miejsca zamieszkania ubezpieczonego, nie trzeba się wobec tego fatygować do sądu właściwego dla siedziby ubezpieczyciela. ■



MARTA
JAKUBIAK

Redaktor naczelna

HEJT

Trzeba zgłosić, a nie głośić

Kiedy w jednym z portali społecznościowych podano informację o śmierci 8-letniego chłopca, który zmarł w domu zaledwie kilka godzin po tym, jak był badany w szpitalu, pod postem pojawiły się liczne wpisy internautów. Oto kilka przykładów: „Lekarze to najgorsze ku..wy”; „Mordercy w białych rękawiczkach!!!!”; „Ich to wali, czy umrze, czy nie! Kasę wezmą za fałsz w akcie zgonu!!!!”.

Zgłoszenie o tej sytuacji trafiło na skrzynkę mailową Rzecznika Praw Lekarza w Naczelnej Izbie Lekarskiej, dr. Grzegorza Krzyżanowskiego. Trwa postępowanie wyjaśniające.

Niestety z hejtem w sieci bardzo trudno walczyć. Dlaczego? Ponieważ ustalenie, kto jest autorem nienawistnych wpisów, jest skomplikowane i kosztowne, więc pociągnięcie do odpowiedzialności konkretnej osoby nastęrcza kłopotów. Rzecznik Praw Lekarza nie ma narzędzi, by zidentyfikować hejtera, a policja i prokuratura niechętnie wszczynają postępowania w takich sprawach. – Nie mam możliwości zrobić nic z urzędu, każdy lekarz musi podjąć działania indywidualnie – wyjaśnia dr Grzegorz Krzyżanowski. Rzecznik może próbować zablokować takie wpisy na portalu, co czasem bywa skuteczne. Łatwiej o to w przypadku lokalnych stron, dużo trudniejszą sprawą jest blokowanie wpisów w dużych portalach społecznościowych, należących do zagranicznych właścicieli.



Artur de Rosier i Marcin Karolewski przed Szpitalem Specjalistycznym im. Stanisława Staszica w Pile

ZNAK CZASÓW

Zdaniem dr. Krzyżanowskiego, hejt o szerokim polu rażenia pojawił się wraz z nadejściem internetu. Wcześniej przesyłane były zwykłe anonimowe listy, które docierały do adresata i to od niego zależało, jak i czy rozpowszechni zawarte w nich treści. Wpis w sieci mogą przeczytać miliony osób.

Jak informuje RPL, przed wybuchem pandemii zgłaszane były głównie sprawy dotyczące agresji wobec lekarzy, bardzo rzadko hejtu. – Jednym z nielicznych przykładów hejtu sprzed czasów koronawirusa jest znana z mediów sprawa młodej lekarki, którą po tym, jak uczestniczyła w głodówce lekarzy rezydentów, jedna ze stacji telewizyjnych shejtowała,

podając informację, że udaje biedę, a gustuje w egzotycznych wożach, podczas gdy opublikowane zdjęcia pochodziły z misji medycznej, w której pani doktor brała udział. Sytuacja nieco się zmieniła, czas pandemii nasilił zjawisko hejtu – ocenia dr Krzyżanowski.

HEJT DZIELNICOWY

Lockdown. Lekarz mieszka na jakimś osiedlu, żyje w społeczności, gdzie czasem udziela porad lekarskich sąsiadom i znajomym, jest życzliwy. Oni pukają w nocy, prosząc o pomoc, bo gorączkuje dziecko, ktoś ma bóle w klatce piersiowej. On pochyla się nad ich problemami. Wszystko jest w porządku aż do momentu, gdy ludzie dowiadują się, że miał lub mógł mieć kontakt z koronawirusem, bo pracuje w szpitalu. Jeszcze gorzej, gdy znalazł się na kwarantannie.

– To nowy rodzaj hejtu, ja go nazywałem hejtem dzielnicowym – zauważa dr Krzyżanowski. – Zaczęły pojawiać się jakieś niewybredne kartki przyklejane do drzwi, próby niewpuszczania medyków do bloku i szantażu, nie tylko w stosunku do lekarzy, ale najgorsze, że także do ich bliskich, w tym dzieci. I to było tuż po tym, jak wszyscy bili nam brawo. Znam lekarzy w ten sposób atakowanych. Próbowałem namówić ich, żeby wstępować na drogę sądową. Nie decydowali się jednak. Jedni mówili, że zmieniają miejsce zamieszkania, inni, że jeszcze się zastanowią. Już wtedy wiedziałem, że nic z tym nie zrobią. Na szczęście w tamtym czasie wszystkie media stanęły w obronie medyków. Po ogólnym napiętnowaniu takich zachowań nie mam zgłoszeń o tego typu patologicznych zdarzeniach – informuje RPL.

Osoby hejtowane często rezygnują z roszczeń, bo nie chcą wracać do złych emocji. – Nie można odpuszczać. Takie zachowania należy piętnować i zgłaszać. W zależności od formy ataku, trzeba zachować dowód: kartkę z pogrózkami, esemesa, zrobić screen wpisu i poinformować odpowiednie organy. Konfrontacja autorów takich ataków z policjantem w 90 proc. powoduje diametralną

zmianę zachowań – radzi dr Paweł Kowalski, adiunkt w Katedrze Prawa Publicznego SWPS, radca prawny, specjalizujący się w prawie UE i prawie medycznym.

WSPARCIE OD RZECZNIKÓW

RPL, a także okręgowi rzecznicy praw lekarza sami nie mogą prowadzić spraw, ale oferują lekarzom pomoc w postaci wsparcia prawnego, niekiedy także finansowego. W głównej mierze informują, jakie działania lekarz może podjąć.

RPL dr Grzegorz Krzyżanowski podkreśla, że nigdy nie odmawia pomocy, zawsze reaguje na zgłoszenia, prosząc jednak, by zbadać daną sprawę w okręgu. Zaznacza, że pierwsze zgłoszenie powinno być skierowane do właściwej okręgowej izby lekarskiej, bo z odległości trudno badać i rozstrzygać jakikolwiek spór. – W każdej sytuacji, w której dochodzi do łamania praw lekarzy, można na nas, rzeczników praw lekarza, liczyć – wyjaśnia.

– Na co dzień współpracujemy z trzema łódzkimi kancelariami prawnymi, z czego dwie zajmują się prawem cywilnym, a trzecia specjalizuje się w prawie karnym. Dzięki temu możemy zagwarantować lekarzom, którzy się do nas zgłaszają, realną pomoc – informuje dr Marek Nadolski, Rzecznik Praw Lekarza z Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. – Na tle innych spraw, którymi zajmujemy się na co dzień, te dotyczące hejtu nie są zgłaszane zbyt często. Do głowy przychodzi mi tylko sytuacja, w której lekarka skarżyła się na bardzo krytyczne opinie na swój temat, zamieszczone na jednym z portali – wyjaśnia dr Nadolski.

W czerwcu do prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Artura de Rosier, wpłynął list podpisany przez 87 lekarzy ze Szpitala Specjalistycznego im. Stanisława Staszica w Pile. W liście zaznaczyli oni, że od wielu miesięcy muszą mierzyć się z falą hejtu spowodowaną przez wpisy Starosty Pileckiego, Eligiusza Komarowskiego, w mediach społecznościowych. – Kiedy otrzymuje się list podpisany

90%

Konfrontacja z policjantem w takim odsetku powoduje diametralną zmianę zachowań autorów nienawistnych ataków.

Biuro Praw Lekarza w Naczelnej Izbie Lekarskiej zostało utworzone w 2010 r. Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Lekarza jest występowanie w obronie godności zawodu lekarza i zbiorowych interesów lekarzy. W sprawach indywidualnych właściwe są biura praw lekarza lub rzecznicy praw lekarza w okręgowych izbach lekarskich. W uzasadnionych przypadkach Rzecznik Praw Lekarza podejmuje też interwencje na rzecz lekarza indywidualnego, szczególnie gdy naruszenie jego praw może mieć konsekwencje dla całego środowiska. Do zadań RPL w NIL należy również koordynowanie wspólnych działań pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów powołanych przez okręgowe rady lekarskie.

przez tak dużą liczbę lekarzy, wiadomo, że sprawa jest bardzo poważna. Pojechaliśmy spotkać się z nimi, by dogłębnie zapoznać się, o co chodzi. Jak ustaliliśmy na miejscu, środowisko lekarskie w pilskim szpitalu zostało poddane publicznej, bezpodstawnej, oskarżycielskiej krytyce, przez co lekarze zaczęli odchodzić z pracy w szpitalu. Stanęliśmy w obronie koleżanek i kolegów i zrobiliśmy to w sensie dosłownym. Ustawiliśmy się wraz z lekarzami przed szpitalem z hasłem „NIE dla niszczenia, TAK dla leczenia”, założyliśmy czarne koszulki, wydaliśmy wspólne oświadczenie. Sprawa znalazła się w mediach – opowiada Artur de Rosier. – Lekarze powiedzieli NIE dla publicznego ferowania wyroków, dla nadużywania swoich uprawnień przez osoby publiczne, zastraszania lekarzy, niszczenia zespołów lekarskich budowanych przez wiele lat – podkreśla Marcin Karolewski, przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa Okręgowej Rady Lekarskiej WIL.

Miesiąc po tych wydarzeniach prezes ORL WIL, reprezentując pokrzywdzonych lekarzy, złożył do Prokuratury Okręgowej w Poznaniu zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstw przez Starostę

Piłskiego Eligiusza Komarowskiego polegających na: znieważaniu i poniżaniu lekarzy, narażaniu na utratę zaufania w opinii publicznej, działaniu na szkodę interesu publicznego.

Lekarze wysłali też pismo do starosty, domagając się przeprosin. – Walka z wpisami na portalach społecznościowych jest trudna. Jednym kliknięciem obraźliwy przekaz idzie w świat i taką falę hejtu jest trudno zatrzymać. Dlatego przeprosiny, by były skuteczne, powinny odbywać się w tej samej formie – zaznacza Artur de Rosier.

KRYTYKA VS HEJT

Nie każda krytyka jest jednak hejtem. – Ostatnio miałem zgłoszenie dotyczące pewnego dyrektora, który publicznie powiedział, że lekarze POZ powinni wrócić do pracy. Domagano się, żebym zajął się tym przypadkiem, ale to nie był hejt, bo zdania mogą być na ten temat podzielone. Wypowiedź tego dyrektora była po prostu zachętą powrotu do pracy – tłumaczy dr Grzegorz Krzyżanowski. Tak długo, jak potwierdzenie dotyczące słów istnieje w faktach, można mówić o opinii, do której każdy ma prawo. Jednak kiedy głosi się prawdę niepotwierdzoną faktami i dochodzi do tego zabarwienie emocjonalne, jest to balansowanie na granicy hejtu. Dwa przykłady. „Lekarz poświęcił mi 15 minut, cały czas coś pisał, nie interesował się tym, co mówię, poczułam się zlekceważona” – to jedynie wyrażenie opinii. Wypowiedź typu: „Ten lekarz nie lubi kobiet, zlekceważył mnie i po 15 minutach wyprosił z gabinetu. Jest seksistą” – to już przykład hejtu, bo zawiera ocenę lekarza, a także uogólniającą.



Dopóki hejt jest ogólnospołecznie nieakceptowany, będzie trzymany pod kontrolą. Jeżeli jednak dojdzie do przyzwolenia na tego typu zachowania, nastąpi eskalacja.



OIL wspierają lekarzy także poprzez umożliwianie im poszerzania wiedzy z zakresu prawa. Pod koniec września Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała webinar „Agresja i hejt okiem prawnika”, by przybliżyć lekarzom zagadnienia dotyczące ochrony lekarzy przy użyciu środków prawa karnego, ich praw przewidzianych dla funkcjonariuszy publicznych, zasad dokumentowania aktów agresji czy reakcji na hejt w internecie.

– Prawo do oceny pracy konkretnego człowieka ma każdy. Może jej dokonać, jednak odnosząc się wyłącznie do faktu, nie osoby. Nie zapominajmy, że hejt jest skierowany *ad personam* lub wypowiedź zawiera generalizację. Posłużę się przykładem. Na zajęcia przychodzi spóźniony student z Turcji. Jeżeli wykładowca powie: „Hassan, ty zawsze się spóźniasz” – nie dopuści się hejtu, po prostu stwierdzi fakt. Jeśli jednak swoją wypowiedź sformułuje w ten sposób: „Bo wy, Turcy, zawsze się spóźniasz”, to dopuści się stygmatyzacji całego narodu, zahaczając o poniżanie, które ma naleciałości rasistowskie. Stwierdzenie: „Wszyscy lekarze kradną albo są zainteresowani wyłącznie robieniem pieniędzy” – może być naruszeniem. Zawsze mówię studentom, że jeśli ktoś kradnie, to należy to zgłosić, a nie głosić – podkreśla dr Paweł Kowalski.

– Hejterów nie jest dużo, ale ich ataki są bardzo bolesne i nieuzasadnione. To podłość ludzka, która nie zna granic. Wśród tysięcy zadowolonych pacjentów znajdzie się jeden, który będzie hejtował i który tak uprzykrzy życie, że stanie się nie do zniesienia. Ale jeśli znajdzie się kilka innych osób, którzy zareagują na jego hejt, być może przestanie. Niestety, najczęściej w takich sytuacjach milczymy – zauważa dr Krzyżanowski. I pyta, jak młodego lekarza prosić o empatię, kiedy on i jego rodzina dostają po głowie za nic. – My, jako starsi lekarze, możemy mieć już nieco grubszą skórę, ale ten młody? Dlaczego jego dziecko, które bawi się w piaskownicy, jest piętnowane? Brak słów. Rodzi się złość – dodaje.

OKIEM PRAWNIKA

Dr Paweł Kowalski uważa, że zjawisko hejtu pojawiło się w Polsce wraz z tematem migracji obcokrajowców. Od tamtego momentu co jakiś czas wyłaniana jest jakaś inna grupa, wokół której ogniskuje się działalność hejterów. Według niego, dopóki hejt jest ogólnospołecznie nieakceptowany, będzie trzymany pod kontrolą. Jeżeli jednak dojdzie do przyzwolenia na tego typu zachowania, nastąpi eskalacja. – Pamiętam wypowiedź jednej z posłanek, która mówiła, że ataków nie popiera, ale je rozumie. Takie deklaracje nie powinny nigdy mieć miejsca – zaznacza. Wspomina też sytuację, kiedy to w marcu, po wybuchu pandemii, hejt dotknął studentów z Chin, bo zaczęto traktować ich jak roznosicieli wirusa. – Okazało się, że rysy twarzy mogą być jedynym powodem wykluczenia. To były osoby, które mieszkaly w Polsce. Ci przestraszeni młodzi ludzie poprosili o prawo do niechodzenia na zajęcia, bo najzwyczajniej w świecie bali się ataków – mówi.

A jak z hejtem radzą sobie sami prawnicy? – Reagujemy szybko i zdecydowanie, od razu kierujemy sprawę do sądu lub prokuratury, gdy pewna granica zostaje naruszona, kiedy przestajemy czuć się bezpiecznie, gdy atak hejtera narusza nasze dobre imię – wyjaśnia dr Kowalski. I dodaje, że hejtu przeciw prawnikom nie uprawia się wprost, bo oni sobie z nim świetnie radzą, od razu wstępując na ścieżkę prawną. – Jako prawnik zawsze apeluję o podejmowanie działań – podsumowuje. ■

HEJT

Prawne możliwości reakcji

Brutalizacja języka, którym współcześnie posługują się ludzie, oraz radykalizacja zachowań, zwłaszcza tych, które mają manifestować własne, odrębne zdanie na dany temat lub krytykować działanie innej osoby, jest powszechnie dostrzeganym faktem.

TEKST MICHAŁ KOZIK, RADCA PRAWNY NIL

Wielu identyfikuje skalę tego zjawiska z przenoszeniem się komunikacji społecznej do przestrzeni internetowej, która zapewnia anonimowość poprzez możliwość ukrycia się pod pseudonimem, który nie jest kojarzony z autorem wypowiedzi.

Wiadomo, że ofiarami takiego postępowania mogą paść wszyscy, w tym ludzie powszechnie znani czy to z racji pełnionych funkcji publicznych (politycy), czy z racji swojej działalności w mediach (tzw. celebryci), ale również osoby, którym nie można przypisać atrybutu ogólnokrajowej rozpoznawalności, a które można zidentyfikować i wyróżnić ze względu na jakąś cechę ogólną (np. wykonywanie określonego zawodu, stan zdrowia, narodowość).

O ile politycy i osoby powszechnie rozpoznawalne prawdopodobnie nieco przywykli już do tego, że różnego rodzaju ataki na nich bywają niewybredne czy wręcz wulgarne i obelżywe, i znane im są instrumenty prawne walki z hejtem, o tyle ci, którzy z agresją słowną nie spotykają się na co dzień, mają trudności, aby zidentyfikować, czym w sensie

prawnym jest hejt i jakie są możliwości podejmowania z nim walki.

ZDEFINIOWANIE PROBLEMU

Dlaczego temat hejtu jest teraz szczególnie aktualny? Otóż można odnieść wrażenie, że w pewnych obszarach życia społecznego zjawisko agresji nasiliło się w czasie epidemii koronawirusa. Być może jest to swego rodzaju reakcja na obszar tego, co „nieznane” – wszak szczególnie na początku epidemii wiedza o chorobie wywołanej wirusem SARS-CoV-2, sposobach zapobiegania i leczenia chorych oraz o niezbędnych działaniach sanitarnych dopiero się rozwijała. Do ludzi docierały więc nieraz sprzeczne komunikaty pochodzące z poważnych

WAŻNE

Sposoby reakcji na zjawisko hejtu można podzielić na trzy kategorie:

- 1) instrumenty prawne niewymagające kierowania postępowania do organów ochrony prawnej;
- 2) instrumenty prawa cywilnego;
- 3) instrumenty prawa karnego.

źródeł, co mogło rodzić frustrację, zagubienie i potrzebę reakcji. Pożywką mogło być też to, że wobec braku dostatecznej wiedzy naukowej o epidemii istniała duża przestrzeń do szerzenia różnego rodzaju pseudonaukowych teorii, a także do zwalczania osób, które się z takimi teoriami nie zgadzały.

Na potrzeby niniejszego artykułu za hejt uznawać będę wszelkiego rodzaju zachowania (słowo pisane, mówione, gesty) przekraczające dopuszczalne społecznie granice nacechowane agresją wobec innej osoby, znieważające, znieważające, dyskredytujące, naruszające godność lekarzy czy całego środowiska medycznego, niezależnie od formy, w jakiej te zachowania zostały przez sprawcę podjęte.

Wśród form działania osób naruszających w ten sposób porządek prawny mamy do czynienia zarówno z działaniem podejmowanym w ramach kontaktu bezpośredniego osoby dopuszczającej się hejtu (hejtera) i jego ofiary (hejtowanego), przykładowo: atak słowny na lekarza w jego miejscu pracy, napad na lekarza w czasie wspólnie udzielanego wywiadu w programie telewizyjnym, jak i z atakami, które



Można odnieść wrażenie, że w pewnych obszarach życia społecznego zjawisko agresji nasiliło się w czasie epidemii koronawirusa.



Walka z hejtem za pomocą instrumentów prawa cywilnego to przede wszystkim złożenie do sądu cywilnego powództwa przeciwko hejterowi o ochronę dóbr osobistych.

są realizowane za pomocą środków porozumiewania się na odległość (szkalujące lub oczerniające lekarza wpisy na portalu internetowym).

Wydaje się, że przewidziane przez przepisy prawa sposoby reakcji na zjawisko hejtu można podzielić na trzy kategorie:

- 1) instrumenty prawne niewymagające kierowania postępowania do organów ochrony prawnej, tj. sądów i prokuratur;
- 2) instrumenty prawa cywilnego;
- 3) instrumenty prawa karnego.

INSTRUMENTY PRAWNE NIEWYMAGAJĄCE KIEROWANIA POSTĘPOWANIA DO ORGANÓW OCHRONY PRAWNEJ

Żądanie usunięcia wpisu zamieszczonego na stronie internetowej

Ma ono zastosowanie, gdy do naruszenia praw lekarza doszło za pośrednictwem internetu, zwłaszcza poprzez zamieszczenie wpisu na portalu internetowym czy poprzez pozostawienie znieślawiającego komentarza na stronie internetowej. Lekarz, który czuje się dotknięty takim wpisem, może na podstawie ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2020 r. poz. 344) zawiadomić administratora portalu (czyli nie samego anonimowego sprawcę naruszenia), że na stronie internetowej został zamieszczony wpis naruszający jego dobra osobiste czy znieślawiający. Można od administratora strony internetowej zażądać niezwłocznego usunięcia tego wpisu. Zawiadomienie takie, składane na podstawie art. 14 ust. 1 ustawy



o świadczeniu usług drogą elektroniczną, ma ten skutek, że jeśli administrator nie usunie wpisu, to sam zaczyna odpowiadać za naruszenie dóbr lekarza, którego niekorzystny wpis dotyczy. Kwestię odpowiedzialności prawnej (cywilnej) administratora strony potwierdziło już orzecznictwo sądowe (np. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 11 czerwca 2019 r., sygn. akt V ACa 475/18 oraz wyrok tegoż Sądu z dnia 29 listopada 2018 r., sygn. akt I ACa 974/17).

Jakie są zalety tej drogi działania? Pierwszą jest z całą pewnością szybkość załatwienia sprawy – nie trzeba tutaj czekać na orzeczenie sądu czy reakcję organów ścigania, administrator strony internetowej – w obawie o ryzyko własnej odpowiedzialności prawnej – powinien być zainteresowany usunięciem takiego szkalującego wpisu. Drugą zaletą jest to, że procedura ta jest bezkosztowa – nie pobiera się żadnej opłaty za złożenie wniosku o usunięcie wpisu. Trzecią jest to, że w razie, gdyby wpis nie został jednak

usunięty, wówczas zamiast trudnej walki prawnej z anonimowym autorem wpisu osoba poszkodowana zyskuje przeciwnika w pełni zidentyfikowanego, czyli administratora portalu, przeciwko któremu może złożyć pozew cywilny.

Wady tej drogi postępowania przeciwko hejterowi to: brak ukarania bezpośredniego sprawcy ataku oraz brak rekompensaty finansowej czy osobistej w postaci chociażby przeprosin.

Sprostowanie wg prawa prasowego

Drugą możliwością działania prawnego, która nie wymaga zaangażowania sądu czy innych organów państwowych, jest skorzystanie z przewidzianego w ustawie Prawo prasowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 1914) instytucji sprostowania nieprawdziwej lub nieścisłej informacji podanej w prasie.

Zgodnie z art. 31a ust. 1 Prawa prasowego na wniosek zainteresowanej osoby redaktor naczelny dziennika lub czasopisma jest obowiązany opublikować bezpłatnie



rzeczowe i odnoszące się do faktów sprostowanie nieściślej lub nieprawdziwej wiadomości zawartej w materiale prasowym.

Prawo prasowe wskazuje dodatkowe wymagania formalne dla sprostowania, i tak:

- sprostowanie powinno być nadane w placówce pocztowej lub złożone w siedzibie redakcji na piśmie w terminie do 21 dni od dnia opublikowania materiału prasowego,
- tekst sprostowania nie może przekraczać dwukrotnej objętości fragmentu materiału prasowego, którego dotyczy.

Sprostowanie to rzeczowa wypowiedź zawierająca korektę wiadomości, którą korygujący uznaje za nieprawdziwą lub nieścisłą. Uwaga: osoba żądająca sprostowania nie musi udowodnić redaktorowi naczelnemu, że ma rację, tj. nie musi wykazać, że jej wersja wydarzeń jest obiektywnie prawdziwa, a wersja przedstawiona przez dziennikarza była obiektywnie nieprawdziwa (pogląd wyrażony przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 1 grudnia 2010 r. sygn.

akt K 41/2007 oraz podzielany w wielu późniejszych orzeczeniach sądowych).

Redaktor naczelny jest zobowiązany do opublikowania sprostowania na łamach swojego czasopisma w krótkim czasie: w elektronicznej formie dziennika lub czasopisma – w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania sprostowania; a w dzienniku – w najbliższym przygotowywanym do druku numerze.

Jakie są zalety tej metody reakcji lekarza na nieprawdziwe informacje, które go dotyczą? Po pierwsze, szybkość – nie trzeba czekać na orzeczenie sądu. Po drugie, komunikat prostujący wcześniejszą, nieprawdziwą informację trafia do tego samego kręgu odbiorców, którzy przeczytali uprzednio nieprawdziwy artykuł.

Wady sprostowania prasowego to: ograniczone zastosowanie tej instytucji (sprostować można tylko nieprawdziwe fakty, nie można natomiast żądać sprostowania niepochlebnej opinii), brak możliwości uzyskania w ten sposób rekompensaty pieniężnej za doznane

krzywdy, a także ograniczenie tej instytucji tylko do hejtu, który pojawił się w prasie.

Wydaje się, że sprostowanie prasowe jako forma reakcji na naruszenie jest właściwa raczej dla zachowań polegających na podaniu do publicznej wiadomości informacji, które nie tyle uwłaczają godności lekarza czy naruszają jego dobra osobiste, lecz po prostu oburzają zainteresowanego z uwagi na przeinaczanie faktów i wprowadzanie czytelników w błąd.

INSTRUMENTY PRAWA CYWILNEGO

Walka z hejtem za pomocą instrumentów prawa cywilnego to przede wszystkim złożenie do sądu cywilnego powództwa przeciwko hejterowi o ochronę dóbr osobistych. Wśród dóbr osobistych podlegających ochronie można wyszczególnić takie dobra jak: zdrowie, wolność, cześć, wizerunek, nieetykalność mieszkania. Ataki ze strony hejterów najczęściej dotyczą czci i dobrego imienia – zwykle polegają na fałszywym przypisaniu poszkodowanemu

WAŻNE

Można od administratora strony internetowej zażądać niezwłocznego usunięcia zniesławiającego komentarza.



Katalog żądań przysługujących pokrzywdzonemu w razie bezprawnego naruszenia jego dóbr osobistych został określony przez ustawodawcę w art. 24 kodeksu cywilnego.

cech osobistych lub zawodowych, które poniżają go w oczach innych osób lub uwłaczają godności (np. że bierze łapówki, że pije alkohol w czasie pracy).

Katalog żądań przysługujących pokrzywdzonemu w razie bezprawnego naruszenia jego dóbr osobistych został określony przez ustawodawcę w art. 24 kodeksu cywilnego. Ten, czyje dobro osobiste zostało naruszone cudzym działaniem, może żądać, ażeby osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności chodzi tutaj o złożenie odpowiedniego oświadczenia (tzw. przeprosiny) o odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Składając pozew w sprawie naruszenia dóbr osobistych, trzeba podać oczekiwaną treść przeprosin i wskazać, gdzie mają się ukazać (najczęściej w gazecie lub na portalu internetowym). W ramach pozwu można także domagać się trwałego usunięcia ze strony internetowej treści publikacji, która naruszyła dobra osobiste poszkodowanego. Jest to o tyle istotne, że w przypadku gdy naruszenia dóbr osobistych dopuścił się wydawca portalu internetowego, treść szkalującej publikacji cały czas dociera do nowych odbiorców. W pozwie można także żądać, aby sąd zakazał sprawcy publikowania tego artykułu w przyszłości.

Oprócz wymienionych powyżej roszczeń, poszkodowany przez naruszenie dóbr osobistych może

dodatkowo domagać się od sprawcy na swoją rzecz zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę, której doznał wskutek naruszenia jego dóbr osobistych, lub może żądać od sprawcy zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Jakie są zalety korzystania z roszczeń cywilnoprawnych?

1) Szeroki i elastyczny wachlarz środków prawnych, z których można skorzystać, obejmujący tak różne formy, jak przeprosiny, zakaz dalszych publikacji, usunięcie spornej publikacji.

2) Możliwość domagania się rekompensaty pieniężnej, co jest szczególnie przydatne, gdy stopień wyrządzonej krzywdy jest znaczny, w tym gdy np. naruszenia dóbr osobistych lekarza dopuściła się telewizja, prasa czy portale internetowe o dużej oglądalności.

Do wad tej ścieżki prawnej zaliczyłbym: konieczność samodzielnego skierowania sprawy do sądu, konieczność uiszczenia opłaty sądowej za przeprowadzenie sprawy przez sąd, oczekiwanie na rozstrzygnięcie sądowe zwykle trwa dość długo (raczej kwestia lat, a nie miesięcy od chwili wniesienia pozwu, czyli nie ma dużych szans na szybkie uzyskanie satysfakcji), trzeba samodzielnie wskazać sprawcę naruszenia dóbr osobistych, co nie sprawia trudności, gdy naruszcycielem jest telewizja, gazeta czy poczytny portal, natomiast bardzo trudno skierować pozew, gdy sprawcą naruszenia jest np. internauta ukrywający się pod pseudonimem.

INSTRUMENTY PRAWA KARNEGO

Lekarz zaatakowany przez hejtera ma także możliwość skorzystania z instrumentów ochrony gwarantowanych przez prawo karne. Zarówno bowiem zniesławienie (art. 212 kodeksu karnego), jak i znieważenie (art. 216 kodeksu karnego) jest przestępstwem i ten, kto się go dopuszcza, może być pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

Zniesławienie

Na czym polega zniesławienie? W świetle art. 212 kodeksu karnego polega ono na pomawianiu innej osoby, grupy osób, instytucji, osoby prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności.

Pomawiać kogoś znaczy tyle, co bezpodstawnie zarzucić coś komuś, oskarżyć kogoś o coś. Zniesławienie polega więc na przypisywaniu komuś takiego postępowania czy właściwości, które są oceniane negatywnie, co może narazić na poniżenie czy utratę zaufania. Surowiej karane jest przy tym zniesławienie, gdy sprawca dopuścił się go za pomocą środków masowego komunikowania, czyli np. dziennikarz lub osoba redagująca portal/stronę internetową.

Karne jest zarówno sformułowanie po raz pierwszy zarzutów zniesławiających inną osobę, czyli prezentowanie własnego poglądu, jak i rozgłaszanie zarzutów zniesławiających sformułowanych pierwotnie przez kogoś innego (zniesławieniem będzie więc stwierdzenie: „Słyszałem od sąsiadów z naszego osiedla, że Jan Kowalski jest złodziejem”).

Dla bytu przestępstwa zniesławienia nie jest konieczne, aby sprawca wymienił pomawianą osobę z imienia i nazwiska, wystarczy, jeśli na podstawie zawartych w pomówieniu informacji nie ma wątpliwości, jakiej osoby zniesławienie dotyczy (np. stwierdzenie, że „Nasz noszący brodę i wąsy sąsiad z 3. piętra to złodziej”, będzie zwykle dostateczną identyfikacją osoby pomawianej).

Co może być identyfikowane jako pomawianie? Może ono polegać na zarzucaniu komuś takich zachowań lub cech jak: niemoralny tryb życia, popełnienie przestępstwa, branie łapówek, złe traktowanie swej rodziny, niekompetencję zawodową, uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających, w przypadku lekarzy może to być także zarzut

WAŻNE

Dla bytu przestępstwa zniesławienia nie jest konieczne, aby sprawca wymienił pomawianą osobę z imienia i nazwiska.

świadomego narażania pacjentów na ryzyko zakażenia koronawirusem.

Jak ścigać osobę, która w stosunku do lekarza dopuściła się zniesławienia? Kodeks karny stanowi, że ściganie przestępstwa zniesławienia odbywa się z oskarżenia prywatnego. Oznacza to, że pokrzywdzony musi samodzielnie sformułować i wnieść do sądu prywatny akt oskarżenia przeciwko sprawcy – jest to zatem tryb inny niż ten, do którego jesteśmy przyzwyczajeni w innych sprawach karnych, gdzie tylko zgłaszamy policji czy prokuraturze zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, a organy te prowadzą wszelkie czynności postępowania (w tym zbierają dowody) i kierują sprawę do sądu. Wadą tej drogi dochodzenia sprawiedliwości jest konieczność ustalenia przez lekarza, kto dopuścił się zniesławienia, co jest trudne w przypadku przestępstw popełnianych w internecie.

Zniewaga

Przestępstwo zniewagi opisane w art. 216 kodeksu karnego polega na takim zachowaniu, które stanowi wyraz pogardy, uwłaczania czci drugiego człowieka. Pod tym pojęciem kryje się ubliżenie komuś, ostentacyjne, wulgarne zachowanie się wobec drugiej osoby.

Nie jest łatwe odróżnienie przestępstwa zniewagi od wcześniej omówionego przestępstwa zniesławienia. Są one do siebie nieco podobne. W obu występuje nękanie złej woli sprawcy i zamach na godność innej osoby. Niektórzy jako różnicę między tymi przestępstwami wskazują, że o ile przy zniesławieniu mamy do czynienia z pomawianiem o czyny i zachowania sprawdzalne metodą prawda – fałsz (np. stwierdzenie: „Jan Kowalski wiele lat siedział w więzieniu”), o tyle zniewaga zwykle dotyczy sfery niesprawdzalnej, sfery opinii o innej osobie (np. stwierdzenie: „Jan Kowalski ma parzywy charakter” lub „Jan Kowalski to świnią”). Często zniewaga przybiera po prostu postać obelżywego, wulgarnego epitetu pod adresem innej osoby (sądy karne, aby



Ściganie przestępstwa zniewagi odbywa się z oskarżenia prywatnego. Tutaj ujawnia się podstawowa trudność, a mianowicie trzeba samemu znaleźć sprawcę, który dopuścił się zniewagi.

nie cytować tych wulgarnych słów, piszą w wyrokach np. „X.Y. znieważył lekarza A.B. słowami powszechnie uznanymi za obelżywe”). Mogą to być także innego rodzaju zachowania czy nawet gesty, które wyrażają pogardę dla godności drugiego człowieka. O tym, czy zachowanie miało charakter znieważający, decydują dominujące w społeczeństwie oceny i normy obyczajowe.

Podobnie jak przy zniesławieniu, surowiej karane jest przestępstwo zniewagi popełnione za pomocą środków masowego komunikowania.

Ściganie przestępstwa zniewagi odbywa się z oskarżenia prywatnego. Tutaj ujawnia się podstawowa trudność, a mianowicie trzeba samemu znaleźć sprawcę, który dopuścił się zniewagi. Jest to zadanie trudne, gdy zniewagi dopuszczono się w internecie, gdzie osoba umieszczająca obelżywe wpisy ukrywa się pod pseudonimem.

Zniewaga – lekarz chroniony jak funkcjonariusz publiczny

Skoro wiadomo, że trudno jest samemu prowadzić postępowanie karne przeciwko sprawcy zniewagi dokonanej w internecie, warto wiedzieć, że w pewnych sytuacjach lekarz może korzystać z ochrony prawnej należącej funkcjonariuszowi publicznemu. Oznacza to, że jeśli ktoś znieważał takiego lekarza, to po pierwsze, poniesie surowszą odpowiedzialność karną (zagrożenie karą za taki czyn jest wyższe), a po drugie, ściganie takiego przestępstwa następuje z urzędu – czyli postępowanie prowadzi policja

lub prokuratura i to organy państwowe wnoszą do sądu o ukaranie sprawcy.

Obecnie z ochrony prawnej należącej funkcjonariuszom publicznym korzystają lekarze, o których mowa w art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepis ten stanowi, że: „Lekarzowi, który:

1) wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30,

2) wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie – przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”.

PODSUMOWANIE

Opisany katalog działań nie wykorzystuje wszystkich możliwości reakcji prawnej na złośliwą agresję wobec lekarzy, w takich sytuacjach zawsze warto przed dokonaniem wyboru ścieżki prawnej skonsultować to z fachowym pełnomocnikiem, bo każdy przypadek różni się nieco od innych. Warto też pamiętać, że wybór jednej z opisanych metod działania zwykle nie wyklucza jednoczesnego skorzystania z pozostałych, np. osoba, która skierowała prywatny akt oskarżenia przeciwko sprawcy przestępstwa zniesławienia, może także złożyć do sądu cywilnego pozew o tej samej osobie pozew o naruszenie dóbr osobistych. ■

WAŻNE

Składając pozew w sprawie naruszenia dóbr osobistych, trzeba podać oczekiwaną treść przeprosin i wskazać, gdzie mają się ukazać.

KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ

Leczenie bez uzasadnienia

Lekarz przeprowadził bez istnienia wskazań medycznych oraz nie będąc specjalistą w dziedzinie reumatologii 24-miesięczną antybiotykoterapię u chorego od wieku dziecięcego na spondyloartropatię i zapalenie stawów krzyżowo-biodrowych II st., czym naraził pacjenta na długotrwałą, nieskuteczną i nieobojętną dla zdrowia terapię.

Okręgowy sąd lekarski, po rozpoznaniu tej sprawy w I instancji, uznał, że lekarz takim działaniem dopuścić się przewinienia zawodowego, stanowiącego naruszenie art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej w zbiegu z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i art. 10 KEL w zbiegu z art. 37 wskazanej ustawy. OSL uznał lekarza winnym i wymierzył mu karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres dwóch lat w ten sposób, że zakazał obwinionemu pracy w lecznictwie otwartym (ambulatoryjnym), obwiniony może natomiast wykonywać zawód



pod nadzorem w lecznictwie zamkniętym (w szpitalu).

Adwokat obwinionego odwołał się od tego orzeczenia do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który utrzymał orzeczenie OSL w mocy. NSL w uzasadnieniu podkreślił, iż obwiniony na początku terapii poinformował pacjenta, że „ma duże doświadczenie w leczeniu pacjentów z podobnymi schorzeniami”, nie przedstawiając na potwierdzenie tego faktu żadnych dowodów, także w postępowaniu przed sądem. Leczenie przez 24 miesiące antybiotykami, jako reaktywnego zapalenia stawów, tylko na podstawie obecności przeciwciał w klasie

IgG przeciwko *Mycoplasma pneumoniae* (co świadczy jedynie o przebytych w przeszłości zakażeniu), bez dalszych badań, jest całkowicie niezgodne z zasadami dobrej praktyki lekarskiej, a także zaleceniami Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Reumatologicznego, co potwierdziło niezależnie dwóch powołanych w tej sprawie biegłych lekarzy. Prywatna opinia emerytowanego mikrobiologa z USA, który nie jest praktykującym lekarzem, została przez NSL odrzucona jako całkowicie nieprzydatna. Sąd Najwyższy, do którego została złożona kasacja, utrzymał w mocy wyrok NSL. ■

KOMENTARZ



JACEK MIARKA

przewodniczący NSL

Każdy lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, i nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe. Wyznacznikiem umiejętności zawodowych jest na pewno posiadanie specjalizacji, choć nie tylko. Znam lekarzy bez specjalizacji, którzy w sposób

odpowiedzialny i perfekcyjny prowadzą trudne terapie, skutecznie i zgodnie ze standardami.

Natomiast jeśli terapia nie mieści się w ogólnie przyjętych standardach, lub stosuje się w niej leki poza wskazaniami ChPL, obowiązkiem lekarza jest przede wszystkim uzyskać pisemną, świadomą zgodę pacjenta na taką terapię, która musi też zawierać pełną informację o możliwych powikłaniach i spodziewanych korzyściach, oraz, jak w każdej terapii eksperymentalnej, uzyskać zgodę właściwej komisji bioetycznej.

Myślę także, że odrobina pokory i skromności w odniesieniu do swojej wiedzy i umiejętności to cechy bardzo pożądane u każdego lekarza. ■

GŁOS CZYTELNIKÓW

Z doświadczeń biegłego

Lektura artykułu „Ciało obce w polu operacyjnym” („GL” 09/2020) skłoniła mnie do poszerzonego komentarza. Jako biegły sądowy z zakresu chirurgii w ciągu ośmiu lat wydawałem opinie w podobnych sprawach czterokrotnie. Wynika stąd prosty wniosek, że mimo różnorodnych szkoleń, ostrzeżeń i medialnie nagłaśnianych procesów sądowych, problem nadal istnieje i nie zanika.

Ze wspomnianych czterech opinii dwie dotyczyły tego samego szpitala. Tylko że w jednym przypadku chustę pozostawił ginekolog, a usuwał ją chirurg, a po roku obwinianym był ten chirurg, którego nazwisko zapamiętałem z poprzedniej opinii. Oczywiście instrumentariuszki zawsze informowały operatorów o zgodnym bilansie zużytych materiałów i narzędzi. W obu sprawach dyrektor szedł w zaparte, że w ich szpitalu nigdy się coś takiego jeszcze nie zdarzyło. Ale mieli pecha, bo obie sprawy opiniował ten sam biegły, który nie stracił pamięci i kojarzył fakty.

Jeszcze ciekawsza sprawa dotyczyła rzekomego pozostawienia gazika (tzw. tupferka) w ranie po krwawej operacji resekcji części nerki. Instrumentariuszka pod koniec operacji poinformowała chirurgów, że nie zgadza jej się bilans materiałów. Miała 20 tupferków, a ma 19. Chirurgi przeszukali pole operacyjne, personel sprawdził wszystkie inne potencjalne lokalizacje, ale zguby nie było. Po pół godzinie została podjęta decyzja o zaszyciu rany i natychmiastowym wykonaniu badania tomograficznego po wybudzeniu pacjentki.

Podczas transportu chora zadała pytanie – dlaczego ma mieć wykonywane to badanie, a w odpowiedzi usłyszała od jednej z pielęgniarek – „bo pani zostawili gazik w brzuchu”. Badanie KT gazika nie ujawniło, prawdopodobnie jeden ze sterylnych pakietów zawierał 9 a nie 10 gazików, czego w przebiegu krwawej operacji instrumentariuszka nie zauważyła. Chora mimo prawidłowego wygojenia wpadła w nerwicę, została zwolniona z dotychczasowej pracy, ma poczucie krzywdy i zmowy lekarzy, którzy rzekomo ukrywają przed nią prawdę... Po dwóch latach wymogła na lekarzach przeprowadzenie operacji zwiadowczej – gazika nie znaleziono. Wytoczyła szpitalowi proces o 300 tys. zł odszkodowania. Finału nie znam, bo w naszym systemie sądowym biegli po wydaniu opinii nie są już informowani o zapadającym w danej sprawie wyroku. ■

dr n. med. Zbigniew Kulak

BIULETYN

NR 4 (197)

NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

WARSZAWA, IX 2020

REDAKTOR NACZELNY: ARTUR DROBNIAK

Posiedzenie NRL – 4 września 2020 r.

**UCHWAŁA Nr 10/20/VIII
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2020 r.**

**zmieniająca uchwałę w sprawie
regulaminu przyznawania lekarzom
i lekarzom denty stom pochodzenia
polskiego pomocy finansowej w celu
doskonalenia zawodowego**

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522, z późn. zm.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

W uchwale nr 12/13/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 października 2013 r. w sprawie regulaminu przyznawania lekarzom i lekarzom denty stom pochodzenia polskiego pomocy finansowej w celu doskonalenia zawodowego załącznikowi do uchwały nadaje się brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

1. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r.
2. Wnioski o udzielenie pomocy finansowej w celu doskonalenia zawodowego złożone przed wejściem w życie uchwały będą rozpatrywane na zasadach dotychczasowych.

SEKRETARZ
Marek Jodłowski

PREZES
Andrzej Matyja

**Załącznik do uchwały
Nr 10/20/VIII NRL
z dnia 4 września 2020 r.**

**Regulamin
przyznawania lekarzom i lekarzom
denty stom pochodzenia polskiego
pomocy finansowej w celu
doskonalenia zawodowego**

§ 1.

1. Lekarzom i lekarzom denty stom pochodzenia polskiego, mieszkającym na stałe poza granicami Polski, Naczelna Izba Lekarska może udzielić pomocy finansowej w celu doskonalenia zawodowego.

2. Pomoc finansowa, o której mowa w ust. 1, może być przyznana w formie:

1. stypendium szkoleniowe;
2. pokrycia kosztów udziału w kursie medycznym, zjeździe, kongresie, konferencji lub sympozjum naukowym organizowanym w Polsce przez podmiot uprawniony do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy denty stom.

3. Pomoc finansowa, o której mowa w ust. 1 i 2, jest przyznawana na wniosek lekarza albo lekarza denty sty po pochodzenia polskiego, o którym mowa w § 1 ust. 1, przez Radę Ośrodka Współpracy Zagranicznej (dalej: Rada OWZ).

§ 2.

1. Stypendium szkoleniowe może być przyznane w celu odbycia przez lekarza na terytorium Polski stażu szkoleniowego w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

2. O przyznanie stypendium szkoleniowego może ubiegać się lekarz, lekarz denty sta, o którym mowa w § 1 ust. 1, przed ukończeniem 50 roku życia.

3. Stypendium szkoleniowe nie może być przyznane częściej niż raz na 3 lata.

4. Stypendium szkoleniowe wypłacane jest w wysokości odpowiedniej do czasu trwania stażu szkoleniowego w kwocie równej minimalnej miesięcznej stawce wynagrodzenia zasadniczego przewidzianej dla stanowiska starszego asystenta w podmiocie leczniczym prowadzonym w formie jednostki budżetowej.

5. Stypendium szkoleniowe może być przyznane na odbycie stażu przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące.

§ 3.

1. W celu uzyskania stypendium szkoleniowego lekarz, lekarz denty sta, spełniający wymogi określone w § 1 ust. 1 oraz § 2 ust. 2 i 3, składa Radzie OWZ następujące dokumenty:

1. wniosek stanowiący załącznik nr 1 do Regulaminu,
2. kopię dyplomu lekarza, lekarza denty sty,
3. zaświadczenie o odbyciu stażu podyplomowego, o ile jest wymagany w państwie, z którego lekarz, lekarz denty sta pochodzi,
4. kopię dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty sty,
5. zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej,
6. kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji, innych kwalifikacji zawodowych, stopni lub tytułów naukowych,
7. dokument potwierdzający polskie pochodzenie,

8. świadectwo lekarskie o stanie zdrowia wystawione w okresie 2 miesięcy przed złożeniem wniosku.

2. Do dokumentów, o których mowa w ust. 1, sporządzonych w języku obcym należy dołączyć także ich tłumaczenie na język polski.

3. Dokumentem, o którym mowa w ust. 1 pkt 7, jest Karta Polaka albo inny dokument uznany przez Radę OWZ za wystarczające potwierdzenie polskiego pochodzenia wnioskodawcy.

4. Wnioskodawca może dodatkowo przedłożyć rekomendację dla swojego wniosku sporządzoną przez właściwą dla miejsca swojego zamieszkania organizację polonijną.

§ 4.

1. Wniosek, o którym mowa w § 3, należy złożyć Radzie OWZ co najmniej na 3 miesiące przed proponowanym przez wnioskodawcę terminem rozpoczęcia stażu szkoleniowego.

2. Rada OWZ zawiadamia wnioskodawcę o przyznaniu stypendium szkoleniowego lub o odmowie jego przyznania najpóźniej w terminie 1 miesiąca od terminu rozpoczęcia stażu szkoleniowego.

3. Czynności związane z uzyskaniem zgody podmiotu wykonującego działalność leczniczą na odbycie stażu szkoleniowego i ustaleniem warunków jego odbywania dokonuje biuro Naczelnej Izby Lekarskiej, chyba że wnioskodawca dokona takich ustaleń we własnym zakresie i przedstawi Radzie OWZ odpowiednie potwierdzenie.

4. Biuro Naczelnej Izby Lekarskiej na okres stażu szkoleniowego rezerwuje noclegi, których koszt pokrywa Naczelna Izba Lekarska.

5. W przypadku gdy lekarz, lekarz dentysta odbywający staż szkoleniowy wraz z wnioskiem złoży pisemne oświadczenie, że zorganizuje i opłaci noclegi we własnym zakresie, przysługuje mu od Naczelnej Izby Lekarskiej ryczałt za noclegi w okresie odbywania stażu szkoleniowego w wysokości określonej w odrębnych przepisach dotyczących podróży służbowych na obszarze kraju pracowników zatrudnionych w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej.

§ 5.

1. Lekarz, lekarz dentysta, któremu przyznano stypendium szkoleniowe, obowiązany jest posiadać ubezpieczenie kosztów leczenia na terytorium Polski na wypadek nagłego zachorowania lub wypadku

ważne przez cały okres pobytu w Polsce, chyba że jest uprawniony do nieodpłatnego uzyskania takich świadczeń w Polsce na innej podstawie.

2. Lekarz, lekarz dentysta, który nie przedstawi Radzie OWZ dowodu zawarcia ubezpieczenia kosztów leczenia albo uprawnienia do nieodpłatnego uzyskania świadczeń zdrowotnych nie będzie uprawniony do odbycia stażu szkoleniowego i uzyskania świadczeń finansowych ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej.

3. Rada OWZ poinformuje lekarza, lekarza dentystę przed rozpoczęciem pobytu w Polsce, że rekomenduje mu także posiadanie odpowiedniego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, w szczególności w zakresie wymaganym przez podmiot, w którym staż będzie odbywany.

§ 6.

Lekarz, lekarz dentysta, któremu udzielono pomocy w postaci stypendium szkoleniowego w trakcie odbywania stażu szkoleniowego nie jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski. Biuro Naczelnej Izby Lekarskiej informuje o tym lekarza, lekarza dentystę oraz podmiot, w którym staż szkoleniowy będzie odbywany.

§ 7.

Stypendium szkoleniowe, w odpowiednim przypadku wraz z ryczałtem za noclegi, o którym mowa w § 4 ust. 5, jest wypłacane gotówką w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej albo na wskazany przez lekarza, lekarza dentystę rachunek bankowy nie wcześniej niż przed dniem rozpoczęcia stażu szkoleniowego. W przypadku wskazania rachunku prowadzonego w banku zagranicznym ewentualne koszty przelewu ponosi odbiorca.

§ 8.

1. W celu uzyskania pomocy finansowej, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 2, lekarz, lekarz dentysta, spełniający wymogi określone w § 1 ust. 1, składa Radzie OWZ następujące dokumenty:

1. wniosek stanowiący załącznik nr 2 do Regulaminu,

2. kopię dyplomu lekarza, lekarza dentysty,

3. kopię dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty,

4. dokument potwierdzający polskie pochodzenie,

5. kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie specjalizacji, innych

kwalifikacji zawodowych, stopni lub tytułów naukowych,

3. Przepisy § 3 ust. 2 – 4 stosuje się odpowiednio.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, należy złożyć Radzie OWZ co najmniej na 1 miesiąc przed terminem wydarzenia edukacyjnego, którego dotyczy.

§ 9.

1. Pomoc finansowa, o której mowa w § 8, może być lekarzowi, lekarzowi dentyście przyznana nie częściej niż raz na rok.

2. Pomoc finansowa, o której mowa w § 8, obejmuje koszty opłaty wpisowej, zwrot kosztów podróży i noclegów, w kwocie nieprzekraczającej 1 000,00 złotych na osobę.

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach Kierownik OWZ i jeden członek Rady OWZ mogą wyrazić zgodę na zwiększenie tej kwoty o 50%.

4. Zwrot kosztów przejazdu obejmuje koszt biletu kolejowego 2. klasy albo biletu autokarowego z miejsca zamieszkania do miejsca odbywania stażu szkoleniowego w Polsce. Zwrot kosztów transportu lotniczego następuje w sytuacji, gdy podróż lotnicza jest najtańsza albo gdy podróż innym środkiem transportu byłaby nadmiernie uciążliwa.

5. Pomoc finansowa, o której mowa w ust. 1, jest wypłacana gotówką w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej albo na wskazany przez lekarza, lekarza dentystę rachunek bankowy w terminie 30 dni od daty wydarzenia, którego to dotyczy. W przypadku wskazania rachunku prowadzonego w banku zagranicznym ewentualne koszty przelewu ponosi odbiorca.

§ 10.

1. W terminie miesiąca po zakończeniu stażu szkoleniowego, o którym mowa w § 2 ust. 1, lub innej formy doskonalenia zawodowego, o której mowa w § 8 ust. 1, lekarz, lekarz dentysta, któremu udzielono pomocy finansowej w trybie Regulaminu, składa Kierownikowi OWZ pisemne sprawozdanie z przebiegu stażu szkoleniowego lub innej formy doskonalenia zawodowego wraz z kopią dokumentu potwierdzającego jego odbycie.

2. Niedopełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, będzie przesłanką do odmowy przyznania kolejnej pomocy finansowej przez Naczelną Izbę Lekarską.

Załącznik nr 1 do Regulaminu „Wniosek o przyznanie stypendium szkoleniowego w celu odbycia w Polsce stażu szkoleniowego” oraz załącznik nr 2 „Wniosek o przyznanie pomocy finansowej w formie pokrycia kosztów udziału w Polsce w kursie, zjeździe, kongresie, konferencji lub sympozjum” są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 11/20/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2020 r.
w sprawie przyjęcia wytycznych
dla udzielania świadczeń
telemedycznych**

Na podstawie art. 5 pkt 14 w zw. z art. 39 ust. 1 pkt 4 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.) uchwala się, co następuje:

§ 1.

1. Przyjmuje się, w celu stosowania przez lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach wykonywanego zawodu, wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych, które zostały opracowane przez Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej ds. telemedycyny wspólnie z Telemedyczną Grupą Roboczą.

2. Wytyczne składają się z trzech dokumentów pn. „Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych”, „Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne”, „10 kroków wizyty telemedycznej”, które stanowią odpowiednio załącznik nr 1, 2 i 3 do Uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

Załącznik nr 1 „Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych”, załącznik nr 2 „Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne” oraz załącznik nr 3 „10 kroków wizyty medycznej” są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

**UCHWAŁA Nr 12/20/VIII
NACZELNEJ RADY
LEKARSKIEJ
z dnia 4 września 2020 r.
zmieniająca uchwałę w sprawie
utworzenia funduszu stypendiów
dla lekarzy i lekarzy dentyistów
w celu doskonalenia zawodowego
oraz regulaminu przyznawania
stypendiów**

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) uchwala się, co następuje:

§ 1.

Załącznik nr 1 do uchwały nr 9/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 25 stycznia 2019 r., zmienionej uchwałą nr 19/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22 marca 2019 r. otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

SEKRETARZ PREZES
Marek Jodłowski Andrzej Matyja

**Załącznik nr 1
do uchwały NRL nr 12/20/VIII
z dnia 4 września 2020 r.**

**Regulamin przyznawania stypendiów
Naczelnej Rady Lekarskiej**

§ 1.

Celem przyznawania stypendiów Naczelnej Rady Lekarskiej, zwanych dalej „Stypendiami NRL” jest umożliwienie lekarzom i lekarzom dentyistom odbycia stażu w polskim lub zagranicznym ośrodku lub udział w kursach, warsztatach celem doskonalenia zawodowego.

§ 2.

1. O stypendia mogą ubiegać się lekarze i lekarze dentyści, którzy w dniu składania wniosku nie ukończyli 35 roku życia.
2. O stypendia nie mogą ubiegać się osoby:
1) ukarane prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego karami określonymi w art. 83 ust. 1 pkt 1-7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;
2) których prawo wykonywania zawodu lekarza lub prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty zostało zawieszona na

mocy właściwej rady lekarskiej lub wobec których właściwa rada lekarska orzekła zakaz wykonywania określonych czynności medycznych;

3) wobec których sąd powszechny orzekł środek karny w postaci zakazu wykonywania zawodu lekarza lub zakazu wykonywania zawodu lekarza dentyisty lub wobec których zastosowano środek zapobiegawczy w postaci zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub lekarza dentyisty;

4) które w dacie składania wniosku posiadają zaległości w opłacaniu składki członkowskiej na rzecz samorządu lekarskiego.

§ 3.

1. Stypendium NRL może być przyznane lekarzowi lub lekarzowi dentyście tylko jeden raz.

2. Kandydat, któremu nie zostanie przyznane stypendium, może ubiegać się o przyznanie stypendium w kolejnych postępowaniach.

3. Rezygnacja z przyznanego stypendium uniemożliwia wnioskowanie o przyznanie stypendium w kolejnych edycjach.

§ 4.

1. Stypendia przyznaje się w kwocie nie wyższej niż 10.000 zł (słownie: dziesięć tysięcy złotych) dla jednej osoby.

2. Stypendium przyznaje się w kwocie pokrywającej:

1) koszty udziału we wskazanej formie doskonalenia zawodowego, w tym opłatę za udział;

2) koszty zakwaterowania;

3) koszty dojazdu;

4) kwotę ekwiwalentu żywieniowego.

3. Wniosek o stypendium NRL może dotyczyć wyłącznie wydarzenia, które odbędzie się w terminie późniejszym niż data ogłoszenia informacji o przyznaniu stypendium oraz nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia ogłoszenia informacji o przyznaniu stypendium.

§ 5.

Z ogólnej puli środków przeznaczonych w danym postępowaniu na przyznanie stypendiów, na stypendia dla lekarzy dentyistów przeznaczona jest 23% tej puli. W przypadku niewykorzystania w danym postępowaniu puli środków przeznaczonych dla lekarzy albo dla lekarzy dentyistów, środki te mogą być wykorzystane na przyznanie stypendiów dla drugiej grupy zawodowej w danym postępowaniu.



§ 6.

1. Wnioski o stypendia są rozpatrywane cztery razy w roku kalendarzowym (do końca lutego, maja, sierpnia i listopada).
2. Wyniki poszczególnych postępowań są ogłaszane do końca marca, czerwca, września i grudnia.
3. Kwota przeznaczona na przyznanie stypendiów w jednym postępowaniu wynosi 100.000 zł (słownie: sto tysięcy złotych). W przypadku gdy Naczelna Rada Lekarska ustali inną pulę środków na dany rok niż 400.000 złotych, kwota przeznaczona na przyznanie stypendiów w jednym postępowaniu wynosi ¼ puli środków na dany rok.
4. W przypadku niewykorzystania pełnej puli środków w danym postępowaniu, niewykorzystane środki przechodzą na następne postępowanie.
5. W przypadku stanu zagrożenia epidemią, stanu epidemii lub ogłoszenia stanów nadzwyczajnych Naczelna Rada Lekarska, a w przypadku gdy w terminie rozpatrzenia wniosków nie jest przewidziane posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej – Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej może podjąć decyzję o nieprzeprowadzeniu lub odwołaniu danego postępowania. Środki niewykorzystane w danym postępowaniu przechodzą na następne postępowanie.
6. W przypadku rezygnacji z przyznanego stypendium z przyczyn wskazanych w ust. 5 można wnioskować o przyznanie stypendium w kolejnych edycjach.

§ 7.

1. Osoba ubiegająca się o stypendium składa następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony komputerowym pismem wniosek o przyznanie stypendium NRL w formacie PDF;
 - 2) dokument potwierdzający wynik z Lekarskiego Egzaminu Końcowego/Lekarskiego Egzaminu Państwowego/Lekarsko – Dentystycznego Egzaminu Końcowego/Lekarsko – Dentystycznego Egzaminu Państwowego, a w przypadku lekarza posiadającego tytuł specjalisty – dokument potwierdzający wynik egzaminu specjalizacyjnego;
 - 3) dyplom uzyskania stopnia doktora lub doktora habilitowanego nauk medycznych lub nauk o zdrowiu jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” wniosku o przyznanie stypendium NRL;
 - 4) listę publikacji naukowych, ogłoszeń zjazdowych kandydata, potwierdzone przez Główną Bibliotekę Lekarską lub Bibliotekę Medyczną funkcjonującą przy

- odpowiednim uniwersytecie medycznym, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL. Informacja dla publikacji naukowej musi zawierać następujące podpunkty: tytuł publikacji, autorzy, czasopismo, punktacja MNiSZ, punktacja IF, rok publikacji;
- 5) oświadczenie dotyczące ogłoszenia zjazdowego, w tym sesji plakatowej, jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL – wzór oświadczenia umieszczony jest w załączniku nr 3;
- 6) dyplom ukończenia studiów podyplomowych powiązanych tematycznie z ochroną zdrowia jako załącznik do podpunktu „doświadczenie naukowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL;
- 7) dokument potwierdzający odbycie stażu lub kursu zawodowego jako załącznik do podpunktu „kursy i staże zawodowe” we wniosku o przyznanie stypendium NRL;
- 8) zgodę kierownika ośrodka, w którym będzie się odbywał staż w przypadku stażu indywidualnego – jeśli dotyczy stażu;
- 9) Potwierdzenie dokonania doskonalenia zawodowego w okresie rozliczeniowym 4-letnim zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów wydane przez odpowiednią okręgową izbę lekarską.
2. Komplet dokumentów należy złożyć drogą elektroniczną na adres stypendia@hipokrates.org, zgodnie ze wzorem wskazanym w Załączniku nr 3 do Regulaminu.

§ 8.

Wzór wniosku o przyznanie stypendium stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.

§ 9.

Kryteria oceny wniosków o przyznanie stypendium określa załącznik nr 2 do Regulaminu.

§ 10.

1. W celu przeprowadzenia procedury przyznawania stypendiów powołuje się Komisję Stypendialną NRL.
2. Komisja Stypendialna NRL jest powoływana na okres kadencji samorządu.
3. W skład Komisji Stypendialnej NRL wchodzi 5 osób będących delegatami na Krajowy Zjazd Lekarzy, w tym co najmniej jeden członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej i jeden lekarz dentysta.
4. Komisję Stypendialną NRL powołuje Naczelna Rada Lekarska na wniosek

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

5. Przewodniczącym Komisji Stypendialnej NRL jest członek Prezydium NRL.

6. Członkom Komisji Stypendialnej NRL przysługuje zwrot kosztów podróży, diety podróży, zwrot kosztów noclegu i diety samorządowe na zasadach określonych w uchwale nr 15/02/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie zasad i trybu zwrotu kosztów podróży, diet podróży i innych świadczeń dla członków samorządu lekarskiego delegowanych na obszarze kraju do wykonywania czynności na rzecz organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz diet samorządowych.

§ 11.

Procedura wyłaniania laureatów stypendiów została opisana w załączniku nr 3 do Regulaminu.

§ 12.

1. Osoba korzystająca ze stypendium zobowiązana jest do złożenia sprawozdań merytorycznego oraz finansowego z wykorzystania stypendium.
2. Sprawozdania wraz z odpowiednimi fakturami lub innymi dokumentami księgowymi potwierdzającymi poniesienie wydatków w formie oryginałów składa się w terminie 3 miesięcy po jego wykorzystaniu drogą pocztową do sekretariatu Naczelnej Izby Lekarskiej oraz w formie PDF drogą elektroniczną na adres stypendia@hipokrates.org.
3. Sprawozdanie jest oceniane przez Komisję Stypendialną NRL.
4. W razie wykorzystania stypendium niezgodnie z celem określonym we wniosku lub w razie niezłożenia sprawozdania z wykorzystania stypendium, kwota wypłaconego stypendium podlega zwrotowi w całości lub zakwestionowanej części.
5. Sprawozdanie merytoryczne może być opublikowane na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej.
6. Wzór sprawozdania stanowi załącznik nr 4.

Załącznik nr 1 do regulaminu „Wniosek o przyznanie stypendium”, Załącznik nr 2 „Zasady oceny wniosków”, Załącznik nr 3 „Procedura wyłaniania laureatów stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej” oraz Załącznik nr 4 „Sprawozdanie z wykorzystania stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej” są dostępne na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej www.nil.org.pl w zakładce „Dokumenty”.

ŚRODOWISKO PRACY

Szczególne vs. szkodliwe warunki pracy

Praca w szkodliwych warunkach to nie to samo, co praca w szczególnych warunkach. Terminy te w praktyce bywają ze sobą bardzo często mylone, mimo iż ich definicje wynikają z odrębnych podstaw prawnych.

TEKST **BEATA WIERZCHOWSKA**, RADCA PRAWNY NIL



Szkodliwe warunki pracy to termin wywodzący się z przepisów prawa pracy, dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy¹.

Co do zasady szkodliwe warunki pracy w Polsce podlegają odpowiednim pomiarom. Jeżeli warunki pracy w danej firmie zostały określone jako szkodliwe, pracodawca ma obowiązek ochrony pracowników przed

ich oddziaływaniem. W takiej sytuacji pracownikom mogą przysługiwać dodatki za szkodliwe warunki pracy (które nie są tożsame ze szczególnymi uprawnieniami emerytalnymi czy też rekompensatą).

Z kolei definicje pracy w szczególnych warunkach lub pracy o szczególnym charakterze są obecnie² określone w art. 3 ustawy o emeryturach pomostowych³. Wykaz konkretyzujący, jakie prace są

wykonywane w szczególnych warunkach, a także lista prac o szczególnym charakterze, znajdują się w załącznikach do ww. ustawy i są jej integralnym elementem. O tym, czy praca spełnia warunki uznania za należącą do jednej z tych grup, nie decyduje nazwa stanowiska zawarta w świadectwie pracy, a jej charakter i warunki jej wykonywania. Na pracodawcy ciąży obowiązek oceny, czy praca, którą wykonuje pracownik,

może być uznana za niosącą znamiona pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

SKŁADKA NA FEP

Za pracownika, który urodził się po 31 grudnia 1948 r. i wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, pracodawca jest obowiązany opłacać składki na Fundusz Emerytur Pomostowych (FEP). Zatem ustalenie, czy pracownik wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze ma ogromne znaczenie nie tylko dla jego uprawnień emerytalnych (wiek potrzebny do nabycia prawa do emerytury pomostowej jest niższy o 5 lat w stosunku do powszechnego wieku emerytalnego), ale również jest istotne dla pracodawcy, gdyż nakłada na niego szereg obowiązków (np. obowiązek prowadzenia wykazu stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub prace o szczególnym charakterze, obowiązek opłacania składek na Fundusz Emerytur Pomostowych).

I tak, za pracę w szczególnych warunkach uważa się tę związaną z czynnikami ryzyka, które z wiekiem mogą z dużym prawdopodobieństwem spowodować trwałe uszkodzenie zdrowia, wykonywaną w szczególnych warunkach środowiska pracy, determinowanych siłami natury lub procesami technologicznymi, które mimo zastosowania środków profilaktyki technicznej, organizacyjnej i medycznej stawiają przed pracownikami wymagania przekraczające poziom ich możliwości, ograniczony w wyniku procesu starzenia się jeszcze przed osiągnięciem wieku emerytalnego, w stopniu utrudniającym ich pracę na dotychczasowym stanowisku. Wykaz takich prac został określony w załączniku nr 1 do ustawy o emeryturach pomostowych.

Za pracę o szczególnym charakterze uważa się natomiast pracę wymagającą szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, której możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu

publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się. Wykaz takich prac został określony w załączniku nr 2 do tej ustawy.

CO Z PRACĄ LEKARZA?

Praca wykonywana przez lekarza, co do zasady, nie jest pracą w szczególnych warunkach lub pracą o szczególnym charakterze, a tym samym pracodawca nie ma obowiązku opłacania za lekarza składek na Fundusz Emerytur Pomostowych. Treść załącznika nr 1 ustawy o emeryturach pomostowych wskazuje, że praca lekarza nie jest zaliczana do prac w szczególnych warunkach w rozumieniu tej ustawy. Praca lekarza jako taka nie jest również zaliczana do prac o szczególnym charakterze, o czym świadczy wykaz prac zamieszczony w załączniku nr 2 do tej ustawy. Do prac o szczególnym charakterze zostały jednak zaliczone:

- prace członków zespołów ratownictwa medycznego (pkt 18 załącznika nr 2),
- prace członków zawodowych ekip ratownictwa chemicznego, górskiego, morskiego, górnictwa otworowego (pkt 19 załącznika nr 2),
- prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (pkt 23 załącznika nr 2),
- prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru (pkt 24 załącznika nr 2).

Jeżeli zatem lekarz urodzony po 31 grudnia 1948 r. wykonuje jedną z ww. prac uznanych za pracę o szczególnym charakterze (pkt 18, 19, 23 lub 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych), to pracodawca ma obowiązek opłacać za niego składki na FEP.



Na pracodawcy ciąży obowiązek oceny, czy praca, którą wykonuje pracownik, może być uznana za niosącą znamiona pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

PROBLEMY INTERPRETACYJNE

Pojęcie pracy w szczególnych warunkach nie od dziś budzi wątpliwości i problemy interpretacyjne. Przykładem może być wyjaśnienie w postaci komunikatu Ministerstwa Zdrowia z 22 lipca 2009 r., w którym dokonano interpretacji treści pkt. 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, tj. prac personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru, wskazując, iż „prace tego typu personelu medycznego dotyczą nie tylko obowiązków polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, ze wskazań życiowych, ale również inne wykonywane w ramach czasu pracy, kiedy istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia skutkującego koniecznością podjęcia szybkiego działania”. Warto też zwrócić uwagę na coraz bogatsze orzecznictwo dotyczące pracy w warunkach szczególnych, i to zarówno orzecznictwo sądów administracyjnych w zakresie ustalenia stanowisk pracy, na których wykonuje się pracę w tych warunkach oraz ewentualnych nakazów umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, jak i orzecznictwo sądów ubezpieczeń, które ustalają konkretne okresy pracy w warunkach szczególnych w indywidualnych sprawach. ■

¹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320) – Dział X

² Tzw. stare wykazy stanowisk pracy w szczególnych warunkach wynikają z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (Dz. U. Nr 8, poz. 43 z późn. zm.)

³ Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1924)



ANDRZEJ CISŁO

wiceprezes NRL

DENTAL ESPRESSO

Wyprowadzacz kóz

Aż nieprzyzwoitym wydaje się cytowanie starego jak świat kawału o rabinie, który na żale jednego z „parafian” na jego sytuację mieszkaniową polecił mu wprowadzenie, a później wyprowadzenie z domu kozy. Ulga po jej wyprowadzeniu ma w tej uroczej dykteryjce symbolizować chyba wkodowane w nas poczucie szczęścia z powodu uniknięcia gorszego, bardziej niekorzystnego scenariusza zdarzeń.

Obiektywnie patrząc, po wyprowadzeniu kozy wszystko wraca do stanu sprzed jej wprowadzenia. Nie popycha jednak spraw do przodu. Daje oczywiście wrażenie, że po raz kolejny umieliśmy zaradzić nieszczęściu, jakie zgotowali nam inni lub zły los. Niemniej, prawdziwa gospodarska robota leży. A nie rzecz w tym, aby gasić pożary, tylko w zaplanowanej i racjonalnej perspektywie polepszać bytowanie na tym łez padole.

Może za dużo było i jest ostatnio sytuacji pasujących do tego schematu, dlatego przystąpiwszy do pisania felietonu, poczułem podświadomą acz nieodpartą chęć osnucia go na tym motywie.

Naturalnie, nie wszystkie przeciwności, jakie podsyła nam np. legislacyjna rzeczywistość, są wytworem braku wyobraźni projektantów zmian. Sfera publiczna to miejsce dyskusji – sami się o to nader często upominamy. Krzyżują się tu różne pomysły na organizację tego czy innego wycinka rzeczywistości, jak też różne interesy. Nikt nigdzie nie powiedział, że nasz

jest najważniejszy, jednak zbyt często musimy tłumaczyć „oczywiste oczywistości” (jak powiedziałyby klasyki) i dające się zauważyć gołym okiem zagrożenia dla interesu chorych. A nie tym powinniśmy się zajmować.

W powodzi niepewności i zapracowania związanego z koniecznością utrzymania siebie, swoich asyst i pacjentów w zdrowiu, zauważmy, że po czterech miesiącach otwarcia na powrót naszych praktyk, przy obiektywnie dużym ryzyku wynikającym z bliskiego kontaktu z pacjentami, gabinety stomatologiczne nie stały się ogniskiem rozprzestrzeniania koronawirusa. Nie ma masowych zamknięć praktyk i podmiotów. Monitorujemy tę sytuację, będąc w kontakcie z Głównym Inspektorem Sanitarnym, gdyż zawsze trzeba było założyć, że danych o zamykanych praktykach lekarze izbom po prostu nie zgłaszają. To o tyle krzepiące, że do pracy nawykliśmy, zaś najgorsze byłoby, gdyby na dodatek bieżące wieści kazały na każdego pacjenta patrzeć z obawą.

Piszę ten felieton w przeddzień spotkania z nowym Ministrem Zdrowia. O efektach spotkania kierownictwa NRL z kierownictwem MZ jesteście więc Państwo w momencie lektury tego wydania „GL” powiadomieni. Rzućcie okiem też na stronę internetową, gdzie zamieściliśmy replikę wirtualnego targowego stoiska Naczelnej Rady Lekarskiej, zorganizowanego w ramach Targów VDE by CEDE. Zamieściliśmy na nim choćby dwa przekrojowe raporty – o stanie reformy EDM i o nowościach w prawie atomowym.

Szczególnie temat zgód na wykonywanie medycznych procedur radiologicznych wywołuje żywe reakcje. Ustawodawca wycofał zwolnienie z ich uzyskiwania przez wszystkich wykonujących inne ekspozycje niż zdjęcia wewnątrzustne, zapominając, że to armia 3,5 tys. placówek i ot tak nie da się wtłoczyć ich w jakiś nowy, administracyjny schemat. Rozmowy z GIS są jednak nacechowane z obu stron zrozumieniem, co daje nadzieję, że jesteśmy w tym temacie „na kursie i na ścieżce”. Celowo używam frazeologii lotniczej, żeby nie zapeszać i odejść od literackiej konwencji... wyprowadzania kozy. ■

STOMATOLOGIA

Wzór raportu AKWrtg

Z nowelizowane Prawo atomowe określa zestaw danych niezbędnych do przekazania podczas audytów klinicznych wewnętrznych w zakresie rentgenodiagnostyki oraz radiologii zabiegowej. Jak ocenia środowisko lekarzy dentystów, przepis jest uciążliwy, bo nakazuje podanie szczegółowych danych o liczbie ekspozycji, co wymaga odpowiedniego przygotowania w trakcie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia na swojej stronie udostępniło co prawda wzór raportu takiego audytu wraz z informacją, że „wzór raportu z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego w rentgenodiagnostyce (w tym stomatologii i dentytometrii

kostnej) oraz radiologii zabiegowej został rekomendowany do stosowania jednostkom ochrony zdrowia przez Przewodniczącą komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych – konsultanta krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej”, ale wątpliwości pozostają.

Chcąc ułatwić tę sprawozdawczość, Komisja Stomatologiczna NRL przygotowała przykładowy wzór takiego sprawozdania. – Przejrzyjmy dokumentację techniczną lub skontaktujmy się z dostawcą sprzętu rtg. Wielu z nich posiada kompletne dane dotyczące dawek i parametrów pracy. Dane co do liczby ekspozycji w rozbiu na płeć i wiek musimy niestety wytworzyć sami – tłumaczy Andrzej Cisko, wiceprezes NRL.

Kopię raportu można przekazać bezpośrednio do KCORwOZ w następujący sposób:

- listownie, na adres: Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia, ul. Smugowa 6, 91-433 Łódź; z dopiskiem „Raport z audytu klinicznego wewnętrznego” lub
- drogą elektroniczną (e-mail: audyty.rtg@kcor.gov.pl). ■

Wzór raportu audytu klinicznego wewnętrznego rtg.



Poszukiwanie nowych bakterii powodujących próchnicę



W Japonii rośnie liczba młodych dorosłych, u których występuje próchnica zębów. Naukowcy próbują ustalić, co jest przyczyną. Zespół naukowców kierowany przez dr. Uchida-Fukuharę z Uniwersytetu Okayama poprosił japońskich studentów ochotników o wypełnienie ankiety dotyczącej ich stanu

uzębień na początku badania oraz w okresie obserwacji po trzech latach. Dzięki temu naukowcy mogli ustalić, u których studentów znacznie zwiększyła się próchnica, a u których nie. Badacze pogrupowali uczniów odpowiednio do grup A i B. Następnie zebrali próbki śliny od losowo wybranych, przeanalizowali je za pomocą sekwencjonowania DNA nowej generacji, uzyskując w ten sposób profile drobnoustrojów.

Okazało się, że w obu grupach występuje bardzo podobne zróżnicowanie mikrobiologiczne jamy ustnej, ale w grupie A liczebność rodzin bakterii *Prevotellaceae* i *Veillonellaceae* oraz rodzajów *Alloprevotella* i *Dialister* była większa niż w grupie B.

Jak jednak podkreśla dr Uchida, wyniki te należy potraktować z przymrużeniem oka, ponieważ wszyscy uczestnicy pochodzili z Uniwersytetu Okayama. – Naszych wyników nie da się uogólnić na szerszą populację – mówi naukowiec. ■

Zmiany w OWU

W podpisany 4 września rozporządzeniu zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej znalazł się zapis:

„§ 2. Na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. może zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisu § 1 pkt 5 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1 nie stosuje się”.

Nie wiadomo jeszcze, czy prezes NFZ będzie określał sposób przedłużenia dla wszystkich jednako, czy dla poszczególnych grup odrębnie. ■

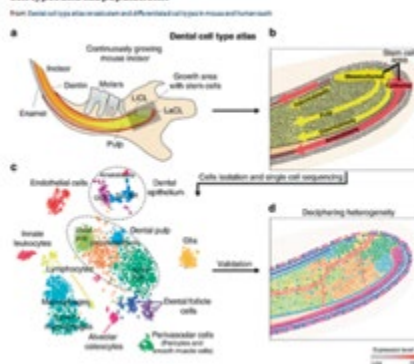
Przyspieszenie w regeneracji?

Nowa wiedza na temat budowy komórek i wzrostu zębów może przyspieszyć rozwój stomatologii regeneracyjnej, a także leczenia nadwrażliwości zębów. Wyniki badania, które zostało przeprowadzone przez naukowców z Karolinska Institutet, największego w Szwecji ośrodka akademickich badań medycznych, zostało właśnie opublikowane w „Nature Communications”.

Korzystając z metody sekwencjonowania RNA pojedynczych komórek i śledzenia genetycznego, naukowcy z Karolinska Institutet, a także Uniwersytetu Medycznego w Wiedniu w Austrii i Uniwersytetu Harvarda w USA zidentyfikowali i scharakteryzowali wszystkie populacje komórek w zębach myszy oraz w zębach ludzkich.

– Zbadaliśmy skład komórkowy rosnących i nierosnących zębów myszy i ludzi. Opisujemy niedocenioną złożoność komórkową stale rosnącego mysiego siekacza, co sugeruje spójny model dynamiki komórek umożliwiający niezarejestrowany wzrost. Od komórek macierzystych do całkowicie

Fig. 3: Unbiased identification, validation, and spatial mapping of major dental cell types and subpopulations.



Interaktywny atlas „Dental cell type atlas reveals stem and differentiated cell types in mouse and human teeth”.

zróżnicowanych komórek dorosłych byliśmy w stanie rozszyfrować szlaki różnicowania odontoblastów, które prowadzą do powstania zębiny, czyli tkanki twardej położonej najbliżej miazgi, i ameloblastów, z których powstaje szkliwo – informują Igor Adameyko z Wydziału Fizjologii i Farmakologii oraz Kaj Fried z Wydziału Neuronauki, obaj z Karolinska Institutet. Badacze odkryli również nowe typy komórek i warstwy komórek zębów, które mogą wpływać na ich wrażliwość.

Niektóre z ich odkryć mogą też wyjaśnić pewne aspekty układu odpornościowego zębów, a inne rzucają nowe światło na tworzenie szkliwa zębów, najtwardszej tkanki w organizmie. – Mamy nadzieję i wierzymy, że nasza praca może w przyszłości stanowić podstawę do nowego podejścia do stomatologii, w szczególności przyspieszyć rozwój stomatologii regeneracyjnej – podsumowują szwedzcy badacze.

Wyniki udostępniono publicznie w postaci interaktywnych atlasów „Dental cell type atlas reveals stem and differentiated cell types in mouse and human teeth”. ■

Zaniedbane dzieci

Naukowcy z King's College Hospital w Londynie twierdzą, że nieleczony ból zęba powinien „być alarmem” dla każdego lekarza.

Ekspert ostrzegają, że dzieci, u których stwierdzono ciężką próchnicę zębów, należy kierować do zespołów ochronnych NHS, ponieważ może to świadczyć o szerszych zaniedbaniach w domu. Zespół odkrył, że 40 proc. małych pacjentów, którzy wymagali dentystrycznej lub szczękowo-twarzowej interwencji operacyjnej z powodu próchnicy, było znanych opiece społecznej.

Na oddziale ratunkowym szpitala dzieci przyjęte z infekcjami stomatologicznymi ocenia się pod kątem zaniedbania dziecka i w razie potrzeby kieruje do zespołu ochronnego NHS.

Przeanalizowano dane małych pacjentów, które zostały poddane zabiegom z powodu takiej infekcji w okresie od stycznia 2015 do stycznia 2017 r. – Ponad połowa dzieci, którymi się opiekowaliśmy, była w wieku od pięciu do ośmiu lat. Ta grupa wiekowa jest najbardziej narażona – powiedziała współautorka badania, Kathy Fan, konsultantka z zakresu chirurgii jamy ustnej

i szczękowo-twarzowej w King's. – Niestety, zanim zaczęliśmy leczyć te dzieci, cierpiały one już wcześniej z powodu długotrwałego zaniedbania jamy ustnej i prawdopodobnie odczuwały ból – zaznaczyła. Sugeruje również, aby wszystkie dzieci objęte planem ochronnym przez opiekę społeczną zostały poddane ocenie dentystrycznej.

Według danych NHS Digital liczba przyjęć do szpitala z powodu próchnicy dzieci w wieku 5-9 lat wzrosła w zeszłym roku do 26 tys., a próchnica zębów była w Anglii głównym powodem hospitalizacji dzieci w tym wieku. ■

STOMATOLOGIA

Nie przyzwyczajać do patologii



Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na opiekę stomatologiczną zaledwie ok. 1,8 mld zł rocznie.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Polska stomatologia, jeśli chodzi o finansowanie, funkcjonuje dwutorowo – świadczone są usługi dentystyczne, za które pacjenci płacą z własnej kieszeni, a także refundowane przez NFZ zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych.

Fundusz na opiekę stomatologiczną przeznacza rocznie ok. 1,8 mld zł. W opinii lekarzy dentystów, którzy realizują kontrakty na NFZ, ta kwota powinna być co najmniej

podwojona, o co środowisko stomatologiczne zabiega od lat. Problem niedofinansowania pogłębia się z powodu COVID-19. Pandemia również stomatologię wyrzuciła do góry nogami i w obecnej sytuacji nawet te zaniżone kontrakty trudno zrealizować.

NA WOLNIEJSZYCH OBROTACH

Narzucone gabinetom reżimy sanitarne w związku z COVID-19 sprawiły, że ich praca zwolniła tempo.

– Stosując się do wytycznych Ministerstwa Zdrowia w tym zakresie, lekarz dentysta jest w stanie przyjąć zaledwie pięciu pacjentów dziennie. To oznacza, że w żaden sposób nie można zmieścić się w terminie z realizacją kontraktu – tłumaczy dr Anita Pacholec, przewodnicząca Zespołu do spraw świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych Komisji Stomatologicznej NRL.

Aby złagodzić problem, płatnik zaproponował, że niezależnie od

6680

Tyle gabinetów stomatologicznych podpisało umowy z NFZ w maju.



Po rozmowach przedstawicieli Komisji Stomatologicznej NRL z prezesem NFZ termin, w którym lekarze dentyści muszą wykonać kontrakt, przedłużono do czerwca 2021 r., ale już wiadomo, że nawet w takim czasie odrobienie zaległości będzie bardzo trudne.

tę, w jakim stopniu lekarze dentyści byli w stanie zrealizować kontrakt, wszystkim wypłaci co miesiąc 1/12 jego wartości. Jednak ta oferta była tylko ważna do września i nie jest to bezzwrotna pomoc. Lekarze, kiedy zaczną przyjmować pacjentów w normalnym trybie, będą musieli się z tych pieniędzy rozliczyć. Zatem jest to rodzaj nieoprocentowanego kredytu. – Część stomatologów przystało na to rozwiązanie, licząc, że problemy z płynnością finansową znikną wraz z zanikaniem SARS-CoV-2, ale z chwilą, kiedy wirus znów zaatakował i nie zamierza odpuścić, obawiamy się, co będzie dalej – tłumaczy dr Anita Pacholec.

Po rozmowach przedstawicieli Komisji Stomatologicznej NRL z prezesem NFZ termin, w którym lekarze dentyści muszą wykonać kontrakt, przedłużono do czerwca 2021 r., ale już wiadomo, że nawet w takim czasie odrobienie zaległości będzie bardzo trudne. – Jeśli nie jesteśmy w stanie wykonać podstawowego kontraktu, to jak wykonamy piętrzące się z miesiąca na miesiąc zaległości? To nierealne – mówi dr Anita Pacholec i dodaje, że nie sprzyja temu także niska zgłaszalność pacjentów, którzy w obawie przed zarażeniem szukają pomocy stomatologa w ostateczności. Dr Andrzej Cisko, wiceprezes NRL i przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL zwraca uwagę, że wśród świadczeniodawców na NFZ są także gabinety szkolne,

które w czasie pandemii nie miały najmniejszych szans zrealizować kontraktów, ponieważ dzieci nie chodziły do szkoły, i zadaje pytanie, jak w ich wypadku potraktować pomoc w postaci 1/12. Andrzej Cisko uważa, że sprawa jest otwarta, ponieważ pandemia trwa i resort zdrowia będzie musiał podjąć jakieś działania w tej sprawie.

PODNIĘĆ STAWKI

Wszelkie wyceny stomatologicznych świadczeń publicznych w ogóle nie uwzględniają takich kosztów jak amortyzacja sprzętu, czynsz, media, ubezpieczenia. Trudno też w tych wycenach dostrzec koszt pracy godny dobrze wykształconego medyka. Walka środowiska stomatologicznego o podniesienie stawek toczy się od lat, ale niestety bez spektakularnych sukcesów. Udało się wynegocjować wzrost wyceny w zakresie endodoncji (leczenie kanałowe) średnio o 260 proc. To z pewnością krok w dobrą stronę, gdyż stawki za te świadczenia były kuriozalnie niskie. Problem tylko w tym, że tych zabiegów nie wykonuje się wiele i nawet taki wzrost wyceny w niedostatecznym stopniu wpływa na ogólną rentowność kontraktu. Ilość tych zabiegów to tylko około 3 proc. wszystkich wykonywanych świadczeń, więc dla całości problemu ten wzrost jest w zasadzie symboliczny.

Komisja Stomatologiczna NRL prowadzi rozmowy z NFZ nad przeszacowaniem zabiegów chirurgicznych. Zawsze w dochodzeniu do takich ustaleń płatnik jest wstrzemięźliwy, przekonując, że wzrost wycen z matematycznego punktu widzenia ogranicza dostępność do świadczeń refundowanych. Czy jest zatem wyjście, które zadowalałoby zarówno lekarza, jak i płatnika? Dr Dariusz Paluszek, członek Komisji Stomatologicznej NRL, uważa, że nie chodzi tylko o wysokość stawek, czas zmienić myślenie o sposobie kontraktowania usług. – Gdyby kiedyś stomatolodzy masowo zaczęli wypowiadać umowy z NFZ, płatnik, któremu zależy na utrzymaniu sektora publicznego opieki stomatologicznej, musiałby znaleźć rozwiązanie – tłumaczy dr Paluszek i zaznacza, że podniesienie ogólnej wyceny o parę procent nie może być satysfakcjonujące. W jego ocenie rozwiązaniem byłoby wydzielenie gabinetów świadczących leczenie tylko na NFZ – dla tych podmiotów stawki powinny być wyższe, lekarze zatrudniani na etatach, a dostęp do leczenia powszechny zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych.

WYPOWIADAJĄ UMOWY

Dostrzegając nawarstwiające się problemy, coraz więcej stomatologów wypowiada umowy z NFZ. Do czerwca tego roku wypowiedziało je około 200-300 gabinetów stomatologicznych (są to dane nieoficjalne). Z danych NFZ wynika z kolei, że spada liczba podpisywanych nowych umów. W marcu tego roku podpisało je 6705 podmiotów, a już w maju – 6680.

Generalnie notuje się obniżenie zainteresowania stomatologów kontraktami z NFZ – od 2017 r. ich liczba zmniejszyła się o połowę, a szacuje się, że jeśli Fundusz nie zmieni strategii działania, spadek będzie pięciokrotny. Kontrakty częściej podpisują większe podmioty, ponieważ mimo niskiej opłacalności są one częścią gry

marketingowej w walce o pacjenta. – Mechanizmy ekonomiczne zmiany tej sytuacji istnieją, ale trzeba po nie sięgnąć. Dopóki będą chętni do zawierania kontraktów z NFZ, niewiele się zmieni – konkluduje dr Paluszek.

POTRZEBNE ZMIANY

Co do zasadności utrzymywania na rynku usług stomatologicznych sektora publicznego, zdania wśród lekarzy dentystów są podzielone. Wielu z nich uważa, że są tylko kulą u nogi stomatologii. Jednak jest znaczna grupa osób, która dostrzega w nim potencjał. Są przekonani, że bez możliwości leczenia schorzeń jamy ustnej na NFZ znaczna część Polaków, w tym wielu seniorów i dzieci, byłoby całkowicie pozbawionych opieki dentystycznej.

Andrzej Cisko, podczas V Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress, HCC) w sesji „Stomatologia: partner z potencjałem” podkreślał, że państwo ma obowiązek i narzędzia, aby przywrócić racjonalny wymiar publicznej opiece stomatologicznej, ale z jakichś powodów tego nie robi. Zaznaczył też, że stomatologia na NFZ i komercyjna nie są od siebie całkowicie niezależne, jak by się wydawało, ponieważ całkowity upadek leczenia ze środków publicznych wykluczy znaczną część społeczeństwa z leczenia w ogóle, co będzie musiało odbić się na możliwości podjęcia kiedykolwiek profesjonalnego leczenia przez tych pacjentów w sektorze komercyjnym. Dalej znacząca grupa lekarzy dentystów funkcjonuje w obu tych systemach.

Słowem, komercyjna stomatologia, bez tej opartej na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nie byłaby w tym miejscu, w jakim się znajduje obecnie. Nie ma zresztą potrzeby dokonywania tak trudnych wyborów. – Państwo polskie stać na przyzwoitą publiczną stomatologię. Gorzej tylko z przełamaniem powszechnego już w wielu obszarach zjawiska, jakim jest „wrośnięcie problemu w pejzaż”, czyli powolne przyzwyczajanie wszystkich do patologii, zamiast zdecydowanej z nią walki – podsumowuje Andrzej Cisko. ■

Wytyczne dla świadczeń telemedycznych

Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych wraz z rekomendacją ich stosowania przez lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach wykonywanego zawodu.

Po wprowadzeniu powszechności świadczeń telemedycznych pojawiło się wiele wątpliwości co do etycznych aspektów ich stosowania, bezpieczeństwa prawnego, a także technicznych możliwości świadczenia od dawców oraz pacjentów.

W odpowiedzi na potrzebę praktyki w tym zakresie, wyprzedzając działania Ministerstwa Zdrowia, zespół ds. telemedycyny Naczelnej Rady Lekarskiej we współpracy z członkami Telemedycznej Grupy Roboczej przygotował odpowiednie wytyczne.

Są wśród nich:

- Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych
- Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne
- 10 kroków wizyty telemedycznej. (MJ) ■

KSZTAŁCENIE PRZEDDYPLOMOWE

Jakość weryfikowana przez rynek

Z prof. **Marcinem Gruchalą**, nowo wybranym przewodniczącym Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i rektorem Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia **Lidia Sulikowska**.

GL Jakie są największe problemy dotyczące kształcenia przeddypłomowego lekarzy i lekarzy dentystów w Polsce?

Publiczne uczelnie medyczne są poddawane presji społecznej, aby kształcić jak najwięcej lekarzy, bo przecież mamy ogromne niedobory medyków w systemie opieki zdrowotnej. Z drugiej strony musimy stać na straży jakości kształcenia, które jest bardzo kosztowne. Dyrektywy unijne i standardy krajowe ściśle określają formę i przebieg nauczania. Wszystkie uczelnie muszą temu sprostać. To zaspokojenie oczekiwań społecznych przy zachowaniu odpowiedniej jakości kształcenia jest trudnym wyzwaniem, bo przecież mamy na jego realizację ograniczone środki finansowe. Niestety subwencje państwowe rosną powoli i nie są wystarczające na pokrycie kosztów kształcenia studentów, utrzymania infrastruktury i wysoko wykwalifikowanej kadry. Trzeba więc szukać dodatkowych źródeł przychodów.

GL W postaci prowadzenia płatnych studiów w trybie niestacjonarnym i w języku angielskim. Dokładnie tak.

GL Czy jednak przez takie działania nie spada jakość kształcenia? Więcej studentów to większe grupy, mniej miejsca na zajęciach praktycznych... A przecież student, który kształci się w jęz. angielskim,

“

Subwencje państwowe rosną powoli i nie są wystarczające na pokrycie kosztów kształcenia studentów, utrzymania infrastruktury i wysoko wykwalifikowanej kadry.

zapewne nie zostanie w kraju i nie zasili rodzimych kadr medycznych.

Dzięki przychodom osiąganym z prowadzenia studiów odpłatnych, uczelnie mogą zachować stabilną sytuację finansową, a przez to – utrzymać jakość kształcenia na odpowiednim poziomie. Gdyby pozbawić je takiej możliwości zarobkowania, to natychmiast stałyby się bankrutami.

Poza tym w ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie zwiększa limity przyjęć na kierunek lekarski w trybie stacjonarnym w przypadku niektórych uczelni medycznych i wspiera je ekonomicznie w tym zakresie. To pozwala w pewnym stopniu ograniczać liczbę studentów na studiach płatnych i daje nadzieję na zwiększenie liczby lekarzy praktykujących w naszym kraju. Chciałbym jednak podkreślić, że umiędzynarodowienie kształcenia wpływa pozytywnie na rozwój uczelni.



📌 Jak bardzo uczelnie są pojemne? Ilu studentów są w stanie wykształcić?

Są dość pojemne, ale im więcej kształcimy studentów w trybie stacjonarnym, tym mniej studiujących niestacjonarnie czy w języku angielskim. To, jakie są proporcje, zależy od finansowania ze strony państwa. Oczywiście grupa studiująca w języku angielskim nie musiałaby być tak liczna, jak jest obecnie, przez co stałaby się bardziej elitarna. Jak powiedziałem wcześniej, czynnik ekonomiczny ma duże znaczenie i dopóki uczelnie nie otrzymają większego wsparcia, muszą sobie radzić same, żeby spiąć ograniczony budżet.

Trzeba pamiętać, że pustki w uczelnianych kasach generują poważny problem związany z kadrami. Zawód lekarza jest dość atrakcyjny pod względem finansowym. Dobry specjalista jest rozchwytywany przez placówki medyczne i coraz rzadziej chce być nauczycielem akademickim, a jeśli już, to w niepełnym wymiarze czasu pracy.

📌 Jednocześnie powstają kierunki lekarskie, w tym na uczelniach niemedycznych i prywatnych. KRAUM od lat sprzeciwia się ich tworzeniu, choć w ostatnim czasie to stanowisko jest nieco mniej stanowcze.

Nie ukrywam, że jesteśmy negatywnie nastawieni do takiego trendu, co wynika z troski o jakość kształcenia i obawy o rozpraszanie środków przeznaczonych na nauczanie w zawodach medycznych. Istniejące uczelnie medyczne są w stanie zwiększyć liczbę studentów, ale – co już podkreślałem – w sytuacji, gdy pojawią się nowe środki finansowe na ten cel. W opinii KRAUM nie ma potrzeby tworzenia kierunków lekarskich na kolejnych uczelniach. Te jednak powstają, prowadząc kształcenie o różnej jakości. Na niektórych jest ona wysoka, my to widzimy i doceniamy. Dlatego w ostatnich latach przyjęliśmy do swojego grona kilka nowych uczelni i nie wykluczam, że struktura naszej organizacji będzie dalej ewoluować. KRAUM to klub elitarny, ale nie hermetyczny. Obawiam się jednak, że nie wszystkie nowo powstające kierunki lekarskie sprostają wysokim wymogom jakości. Są przypadki uczelni, które mają ewidentne problemy z utrzymaniem odpowiedniego poziomu kształcenia, dlatego



mamy do nich duże zastrzeżenia. Nikt mnie nie przekona, że miejsce, w którym okulistyki uczy ortopeda czy w którym nie ma bazy klinicznej, np. prosektorium, wykształci dobrego lekarza.

Prof. Marcin Gruchała:
– KRAUM to klub elitarny, ale nie hermetyczny.

“

W wielu przypadkach chęć otwarcia kierunku lekarskiego nie wynika z faktycznych możliwości i przygotowania kadry oraz posiadania odpowiedniej infrastruktury, ale z ambicji lokalnych polityków i środowisk medycznych.

📌 To dlaczego takie uczelnie otrzymują zgodę na prowadzenie kierunku lekarskiego od Polskiej Komisji Akredytacyjnej?

W grę wchodzi niestety konflikt interesów. W wielu przypadkach chęć otwarcia kierunku lekarskiego nie wynika z faktycznych możliwości i przygotowania kadry oraz posiadania odpowiedniej infrastruktury, ale z ambicji lokalnych polityków i środowisk medycznych, a także z faktu, że na danym terenie brakuje kadr medycznych. Pojawia się więc myśl, że uruchomienie studiów medycznych rozwiąże problem braku kadr lekarskich w tym regionie.

“

Aktualna liczba lekarzy dentystów zaspokaja – w mojej opinii – potrzeby społeczne, chociaż świadczenia stomatologiczne są przede wszystkim realizowane na rynku komercyjnym, więc i dostępność do nich jest mocno ograniczona. Gdyby chcieć zabezpieczyć rzeczywiste potrzeby zdrowotne, to nie jestem pewny, czy obecny zasób kadrowy byłby wystarczający.

GL Wracając do kwestii limitów – o ile liczba miejsc na kierunku lekarskim wzrasta, to w przypadku kierunku lekarsko-dentystycznego tak się nie dzieje. Wielu uważa, że w kraju nie brakuje lekarzy dentystów. Jak jest pana zdanie?

Również uważam, że nie ma potrzeby zwiększania liczby przyjęć na kierunek lekarsko-dentystyczny, ale groźne może być redukcja obowiązujących limitów. Przypomnijmy sobie, co działo się 20 lat temu – zmniejszyliśmy przyjęcia na kierunek lekarski, czego skutki obecnie odczuwamy.

Aktualna liczba lekarzy dentystów zaspokaja – w mojej opinii – potrzeby społeczne, chociaż świadczenia stomatologiczne są przede wszystkim realizowane na rynku komercyjnym, więc i dostępność do nich jest mocno ograniczona. Gdyby chcieć zabezpieczyć rzeczywiste potrzeby zdrowotne, to nie jestem pewny, czy obecny zasób kadrowy byłby wystarczający.

GL To jednak już kwestia finansowania ze strony NFZ, a na zwiększenie puli na stomatologię niestety się na zanoszą.

Taka jest smutna prawda. Obawiam się, że jeżeli nie zainwestuje się w tę dziedzinę, za dwie dekady będzie nam brakowało stomatologów.

GL Na początku naszej rozmowy padło wiele słów na temat jakości kształcenia. Jak pan ocenia tę jakość na polskich uczelniach medycznych?

Jeśli chodzi o te należące do KRAUM, oceniam je bardzo dobrze. Jakość jest weryfikowana przez rynek, a nasi absolwenci są doceniani zarówno w kraju, jak i za granicą. W strukturach KRAUM funkcjonuje komisja, która co roku dokonuje oceny jakości kształcenia w uczelniach stowarzyszonych. Nasz system kształcenia jest akredytowany przez Departament Edukacji USA. Spełniamy wszystkie warunki dobrego nauczania studentów medycyny, co oczywiście nie oznacza, że to kształcenie nie może być lepsze. Nieustannie

trzeba się doskonalić, choć w ostatnich latach wiele dobrych rzeczy już się wydarzyło. Mam tu na myśli chociażby większe uprządkowanie nauczania, które dokonano się dzięki wprowadzeniu ostatniego roku kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego jako roku praktycznego oraz ogromnemu rozwojowi w nauczaniu w oparciu o centra symulacji medycznej. Takimi jednostkami, wyposażonymi w nowoczesne fantomy wysokiej wierności, dysponuje już każda uczelnia medyczna w naszym kraju.

GL Skoro jest tak dobrze, to dlaczego w różnych rodzajach międzynarodowych rankingach oceniających uczelnie medyczne, np. GRAS, polskie uniwersytety są daleko w tyle?

Musimy pamiętać, że wspomniane rankingi nie oceniają jakości kształcenia, a efektywność naukową uczelni, która rośnie wraz ze wzrostem finansowania badań akademickich. Trudno oczekiwać, abyśmy konkurowali z USA czy Finlandią, gdzie nakłady na ich prowadzenie są zupełnie inne niż w Polsce. Choć pewne pozytywne zmiany już zachodzą – mam na myśli powstanie Agencji Badań Medycznych. Dotychczas nie było żadnego źródła finansowania akademickich badań klinicznych, a dzięki ABM jest to możliwe. Mamy więc realną szansę awansować w rankingach.

GL A czy kształcenie, które w czasie panującej pandemii koronawirusa w dużej mierze odbywało się zdalnie, i nie wiadomo, jak będzie dalej, nie wpłynie niekorzystnie na studentów? Nie da się przecież uczyć medycyny, szczególnie na ostatnich latach studiów, bez zajęć praktycznych.

Władze uczelni medycznych, kadra akademicka, jak i sami studenci mają tego pełną świadomość. Podejmowane są działania mające na celu przywrócenie jak największej liczby zajęć klinicznych. Musimy przy tym zachować maksymalne bezpieczeństwo, co wiąże się z zaopatrzeniem nauczycieli i studentów w odpowiednie środki ochrony osobistej. To duży, nieplanowany koszt dla każdej uczelni.

Ta sytuacja ma też pewne pozytywne strony. Zmusiła nas, nauczycieli, do dokonania weryfikacji dotychczasowych programów dydaktycznych i zdecydowania, które zajęcia muszą zostać zrealizowane w formie stacjonarnej, a czego z powodzeniem można nauczać z wykorzystaniem innych narzędzi – nowocześniejszych i z większą korzyścią dla studentów. W tym zakresie nastąpiła ogromna aktywność w poszukiwaniu nowych form nauczania.

GL Jak powinno się nauczać medycyny?

Uczelnie cały czas poszukują właściwego sposobu. Od lat toczy się dyskusja, jak to robić. Jedne wciąż stosują model, w którym nauczanie odbywa się według tradycyjnego schematu, gdzie kolejno realizowane są poszczególne zagadnienia. Są też uczelnie, które

wprowadzają nauczanie problemowe, gdzie studenci uczą się metodyki rozwiązywania zagadnień klinicznych, z mniejszym naciskiem na zapamiętywanie wiedzy encyklopedycznej. Świat się zmienia. Mamy do czynienia z ogromem zmian zachodzących w wiedzy medycznej. Trudno oczekiwać od studenta, że nauczy się wszystkiego, ważne, aby umiał znaleźć potrzebne informacje i na bieżąco się dokształcać. Należy przede wszystkim uczyć sposobu myślenia lekarskiego. Nie wszystko trzeba mieć w głowie, ale należy wiedzieć, gdzie znaleźć potrzebne informacje. To duże wyzwanie, bo oznacza zmianę myślenia o całym procesie kształcenia.

📌 Jak jednak myśleć o zmianie procesu nauczania, podczas gdy problem występuje na poziomie zwykłej komunikacji. W czerwcu polskie media obiegała informacja o skandalicznym zachowaniu niektórych nauczycieli wobec studentów w Śląskim Uniwersytecie Medycznym.

To jest bardzo poważna sprawa. Takie sytuacje w ogóle nie powinny mieć miejsca, a zwłaszcza na uczelniach medycznych, gdzie wartością, którą trzeba przekazać przyszłym lekarzom, jest godność i szacunek do drugiego człowieka, niezależnie od wszystkiego. Po tym, co wydarzyło się na Śląsku, wszystkie uczelnie medyczne podjęły kroki, aby lepiej identyfikować takie zachowania i w porę im przeciwdziałać. Bardzo ważna jest współpraca ze środowiskiem studentów i doktorantów, bo na patologiczne zachowania mogą być narażeni również oni. Najważniejsze, aby tych sytuacji nie bagatelizować, ale zgłaszać władzom uczelni. Istotna jest też właściwa reakcja na tego typu zachowania, czyli zero tolerancji dla działań noszących znamiona molestowania, mobbingu, dyskryminacji.

📌 Jednak, aby tak się stało, ofiara musi czuć się bezpiecznie.

Zdecydowanie tak. Wraz z inauguracją nowego roku akademickiego u nas, w GUMed, zacieśniamy współpracę ze środowiskiem wewnętrznym, właśnie po to, aby była większa chęć i otwartość do zgłaszania patologicznych zdarzeń. Inicjujemy kampanię edukacyjno-informacyjną „Kultura szacunku”, służącą wzmocnieniu atmosfery wzajemnego zrozumienia, tolerancji i empatii, niezależnie od wieku, narodowości, wyznawanej religii, statusu społecznego, orientacji seksualnej, pozycji społecznej i innych czynników.

📌 Jaka może być skala tego zjawiska?

Mam nadzieję, że są to zdarzenia incydentalne. Jestem pewien, że zdecydowana większość nauczycieli ma prawidłowe relacje ze swoimi studentami, ale wszędzie może trafić się niechlubny wyjątek. Być może uczelnie medyczne, ze względu na swój konserwatyzm, a także wciąż występującą hierarchiczność w zawodzie lekarza, są troszkę bardziej narażone na tego typu zachowania.

“

Mamy do czynienia z ogromem zmian zachodzących w wiedzy medycznej. Trudno oczekiwać od studenta, że nauczy się wszystkiego, ważne, aby umiał znaleźć potrzebne informacje i na bieżąco się dokształcać.

📌 Przejdźmy do problemu uniezależniania się szpitali klinicznych od swojego organu założycielskiego, którym jest uczelnia medyczna.

Uczelnie przede wszystkim dążą do współpracy ze swoimi podmiotami leczniczymi, bo dla nich szpital kliniczny jest podstawowym narzędziem dydaktycznym i miejscem prowadzenia badań naukowych. Z kolei dla szpitala najważniejsze jest świadczenie usług na najwyższym poziomie, w tym wprowadzanie nowoczesnych technologii, a uczelnia może mu pomóc w zdobyciu nowych kadr oraz grantów naukowych i na infrastrukturę. W mojej opinii ta kooperacja jest niezbędna i korzystna dla obydwu stron. Wszędzie tam, gdzie współpraca układa się dobrze, nie ma takiego problemu. Mam jednak świadomość, że sytuacja jest zróżnicowana w zależności od uczelni, a współpraca dodatkowo komplikuje się, gdy szpitale kliniczne mają trudności finansowe.

📌 Jakie ma pan plany na nadchodzącą czteroletnią kadencję jako przewodniczący KRAUM?

Przed wszystkim zamierzam zabiegać o większe środki na nauczanie w uczelniach medycznych oraz zadbać o lepszą kondycję szpitali klinicznych i ich właściwe miejsce w systemie ochrony zdrowia. W swoich działaniach będę kierował się troską o jakość kształcenia medycznego, nie tylko w gronie uczelni zrzeszonych w KRAUM. ■

Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) tworzą rektorzy wszystkich publicznych wyższych szkół medycznych działających w Polsce. Celem jej działania jest wypracowywanie wspólnego stanowiska rektorów i wyrażanie opinii w sprawach związanych z kształceniem przed- i podyplomowym w zakresie nauk medycznych oraz we wszystkich innych sprawach dotyczących społeczności akademickiej publicznych wyższych szkół medycznych. Prof. Marcin Gruchała, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego został wybrany na przewodniczącą KRAUM na kadencję 2020–2024. Wcześniej tę funkcję pełnił prof. Przemysław Jałowicki, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

KARDIOLOGIA

Podcięte skrzydła

Z powodu koronawirusa leczenie inwazyjne chorób sercowo-naczyniowych spadło w Polsce o 36-39 proc.

TEKST **LUCYNA KRYSIAK**, DZIENNIKARZ

Haśło „Żyć dłużej i lepiej dzięki kardiologii”, przyświecające tegorocznemu XXIV Międzynarodowemu Kongresowi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które odbyło się we wrześniu w Krakowie, w dobie pandemii SARS-CoV-2 nabrało nowego wymiaru.

Inicjowane przez PTK ambitne programy Koordynowanej Opieki dla Pacjentów po Zawałach Serca (KOS) i Koordynowanej Opieki dla Pacjentów z Niewydolnością Serca (KONS), zakładające obniżenie umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych i poprawę jakości życia chorych, musiały się skonfrontować z COVID-19. Ta konfrontacja okazała się bolesna. Dane wskazują, że z powodu koronawirusa liczba pacjentów leczonych zabiegowo spadła w Polsce o 36-39 proc. w porównaniu z tym samym okresem ubiegłego roku.

SKALA PROBLEMU

Aż 43 proc. wszystkich zgonów w naszym kraju dotyczy chorób serca, udarów mózgu i cukrzycy. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, w 2019 r. odnotowano 103 tys. ostrych zespołów wieńcowych (OZW), w tym 78,6 tys. zawałów serca. Jeszcze więcej, bo aż 1 mln Polaków zmaga się z niewydolnością tego narządu.

KOS-zawał i KONS wprowadziły nowe, wyższe standardy opieki nad chorymi i poprawiły wskaźniki dotyczące śmiertelności. Obecnie KOS jest

realizowany w ponad 70 spośród 140 ośrodków w kraju leczących pacjentów z zawałem serca. Nadzieją na dalszy postęp w tej dziedzinie jest Narodowy Program Chorób Układu Krążenia, który PTK usiłuje wprowadzić. Program ma umożliwić nielimitowany dostęp pacjentów kardiologicznych do diagnostyki i terapii, koordynację leczenia, wdrożenie programów prewencji pierwotnej i wtórnej, a przez to obniżyć śmiertelność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, które wciąż pozostają główną przyczyną zgonów. Jednak z uwagi na pandemię wciąż przekładane są wiążące decyzje dotyczące uruchomienia programu. Na razie powołano komitet ekspertów, który pod auspicjami PTK oraz koordynatora – Narodowego Instytutu Kardiologii – ma opracować strategię działania i przygotować wdrożenie programu w formie pilotażu.

NA ŚWIATOWYM POZIOMIE

Eksperci PTK zapewniają, że polska kardiologia stoi na światowym poziomie. Dotyczy to zarówno metod zabiegowych, takich jak kardiologia inwazyjna, elektroterapia, wszczepianie stymulatorów serca, jak i leczenia zachowawczego oraz rehabilitacji. Jednak wciąż jeszcze są ograniczenia, jeśli chodzi o refundację nowoczesnych leków, np. w niewydolności serca, jak i wdrażania nowoczesnych technologii (m.in. implantowanie bez-elektrodowych stymulatorów serca; zdalna kontrola, czyli telemonitoring urządzeń wszczepialnych, nowoczesne leczenie wad zastawkowych metodami przezskórnymi).

Towarzystwo dostrzega potrzebę wprowadzenia w ramach kontraktów z NFZ uproszczonej procedury finansowania zakupu sprzętu przez ośrodki referencyjne. Wyzwaniem jest także kształcenie kadr. Mimo że w Polsce mamy 3800 kardiologów, czyli 99 na 1 mln mieszkańców, to liczba ta jest niewystarczająca. Wciąż są kolejki do lekarzy tej specjalności, wciąż długo czeka się na zabiegi planowe. Docelowo, zgodnie ze standardami światowymi, powinno być ich 100-110 na 1 mln mieszkańców. Obecnie specjalizuje się w tej dziedzinie około tysiąca lekarzy, co ma wyrównać deficyty kadrowe.

WIRTUALNIE

Doroczny Międzynarodowy Kongres PTK jest bardzo ważnym wydarzeniem dla środowiska kardiologów. W tym roku po raz pierwszy w historii odbywał się online. Wymuszona pandemią koronawirusa zmiana formuły jednak nie zniechęciła lekarzy. Organizatorzy odnotowali rekordowo wysoką frekwencję – około 20 tys. uczestników. Kongres wzbudził zainteresowanie nie tylko kardiologów, ale też internistów, diabetologów, hipertensjologów, którym oferowano ponad 110 sesji. Na stronie internetowej PTK udostępniono relacje live z pięciu różnych sal wykładowych, a wszystkie nagrania zostaną udostępnione w internecie do końca października. Materiały wideo znajdują się na stronie „Kardiologii Polskiej”, wiodącego polskiego pisma naukowego. ■

Jak wyjść z impasu

Kardiologia w czasie pandemii COVID-19 znacznie ucierpiała i szuka dróg wyjścia na prostą.



**PROF. ADAM
WITKOWSKI**

prezes Polskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego

Pandemia wytrąciła nas z rytmu, szczególnie jeśli chodzi o realizację programu KONS, dotyczącego koordynowanej opieki kardiologicznej chorych z niewydolnością serca, o który towarzystwo walczyło kilka lat. Zmarły też działania w sprawie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Powołaliśmy zespół ekspertów, pierwsze spotkanie się odbyło, ale zmienił się minister zdrowia i musimy czekać na dalsze decyzje w tej sprawie.

Program KOS-zawał znakomicie rokował przed pandemią i poprawił wskaźniki umieralności średnio o 30 proc., ale w okresie ostrego lockdownu, kiedy poradnie POZ głównie udzielały teleporad, doszło do zahamowania tego trendu. Planowaliśmy także uruchomienie nowych programów lekowych, by poprawić wyniki

“

Program KOS-zawał znakomicie rokował przed pandemią i poprawił wskaźniki umieralności średnio o 30 proc.

leczenia zachowawczego. Chodzi o refundację m.in. leków w leczeniu niewydolności serca, czy nowoczesnych leków przeciwplatektykowych.

Na razie nie mamy precyzyjnych danych, w jakim stopniu pandemia odbija się na zdrowiu Polaków zagrożonych chorobami sercowo-naczyniowymi, wiemy jednak, że spadek o 30-40 proc. liczby zgłaszających się do oddziałów kardiologicznych nie wróży niczego dobrego. Cieszy nas, że zafunkcjonował program leczenia hipercholesterolemii rodzinnej, który wprowadza nowoczesne, bardziej skuteczne leki – inhibitory PCSK-9. Chcemy tym programem objąć pacjentów wysokiego ryzyka, a każdy chory po przebytym zawale serca zalicza się do tej grupy. Jeśli leczenie statynami lub statynami oraz ezetymibem nie wystarcza, to lekiem z wyboru powinien być dla nich PCSK-9. ■

Mamy nieograniczone doświadczenie do innowacyjnych technologii, już sprawdzonych i skutecznych, którymi posługują się najlepsze ośrodki na świecie. Aby jednak stały się one dostępne w Polsce, istnieje potrzeba ich szybszego wdrażania i finansowania

“

Liczymy, że od stycznia przyszłego roku będzie refundowana stymulacja bezprzewodowa, która o 50 proc. obniża ryzyko wystąpienia powikłań u chorych wymagających wszczepienia kardiowerterów defibrylatorów.

ze środków publicznych. Chodzi m.in. o implantowanie bezelektrodowych stymulatorów pracy serca, nowoczesne leczenie wad zastawkowych metodami przeszczepialnymi czy zdalna kontrola (telemonitoring) urządzeń wszczepialnych. Wprowadzenie telemonitoringu wymaga jednak stworzenia całego systemu i resort zdrowia zapowiada, że jeszcze w tym roku uruchomi taki system i zrefunduje procedury z nim związane.

Nasi pacjenci to chorzy z niewydolnością serca, a system zdalnej kontroli urządzeń wszczepialnych umożliwia monitorowanie pracy serca przez całą dobę i reagowania w chwili, kiedy coś niepokojącego się dzieje. Ogranicza też potrzebę wizyt kontrolnych w celu oceny funkcji urządzenia, co ma szczególne znaczenie w dobie COVID-19, gdyż chorzy kardiologiczni powinni unikać infekcji. Liczymy także, że od stycznia przyszłego roku będzie refundowana stymulacja bezprzewodowa, która o 50 proc. obniża ryzyko wystąpienia powikłań u chorych wymagających wszczepienia kardiowerterów defibrylatorów. ■



**PROF. PRZEMYSŁAW
MITKOWSKI**

prezes elekt Polskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego



**PROF. PIOTR
JANKOWSKI**

przewodniczący
Komitetu
Organizacyjnego XXIV
Międzynarodowego
Kongresu Polskiego
Towarzystwa
Kardiologicznego

Pandemia zmusiła nas do zmiany formuły kongresu i kiedy podejmowaliśmy decyzję o przejściu na tryb online, mieliśmy wątpliwości, czy uda nam się przykuć uwagę tym wydarzeniem. Dzisiaj możemy powiedzieć, że kongres okazał się sukcesem i to nie tylko w kręgu kardiologów, ale też wśród internistów, neurologów, diabetologów, czyli wszystkich, którzy w swojej praktyce mogą wykorzystać prezentowaną tu wiedzę.

Kongres to nie tylko wydarzenie naukowe i towarzyskie, sprzyjające nawiązywaniu kontaktów, wymianie doświadczeń, ale też, a może przede wszystkim pełniące ważną rolę

“

Były sesje kierowane do wąskiej grupy specjalistów, a także te mniej specjalistyczne, kierowane do lekarzy innych specjalności, którzy w swojej praktyce wciąż ocierają się o kardiologię.

edukacyjną i program uwzględniał te wymogi. Były więc sesje kierowane do wąskiej grupy specjalistów, a także te mniej specjalistyczne, kierowane do lekarzy innych specjalności, którzy w swojej praktyce wciąż ocierają się o kardiologię. To sesje poświęcone nadciśnieniu tętniczemu, hipercholesterolemii, cukrzycy, niewydolności serca czy zaburzeniom rytmu serca. Staraliśmy się przekazać najnowszą wiedzę dotyczącą technik zabiegowych, nowoczesnych leków, sprzętu, rozwiązań organizacyjnych – jednym słowem wszystko, czym żyje współczesny kardiologiczny świat. ■

“

Swego czasu walczyliśmy o to, aby wprowadzić do systemu teleporady i by były one refundowane. Tego rodzaju komunikacja

Optymalnie odsetek teleporad w stosunku do wszystkich porad, zarówno w POZ, jak i w poradniach kardiologicznych, nie powinien przekraczać 25-30 proc.

z pacjentem ma wiele dobrych stron. Uważam jednak, że w dobie pandemii COVID-19 teleporady są nadużywane. W największym stopniu przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale też niektórych poradni specjalistycznych. Optymalnie odsetek teleporad w stosunku do wszystkich porad, zarówno w POZ, jak i w poradniach kardiologicznych, nie powinien przekraczać 25-30 proc. Teleporady mogą dotyczyć chorych stabilnych, u których mamy do czynienia z przedłużeniem leczenia, gdzie nie ma potrzeby nagłej interwencji. W innych przypadkach ten sposób leczenia chorych jest zawodny, ponieważ nie zawsze da się telefonicznie czy przez skype'a zbadać chorego precyzyjnie i postawić właściwą diagnozę. ■



**PROF. JAROSŁAW
KAŹMIERZAK**

konsultant krajowy
w dziedzinie kardiologii



**PROF. ZBIGNIEW
KALARUS**

Śląskie Centrum
Chorób Serca w Zabrze
(prezes PTK w latach
2013-2015)

Z chwilą, kiedy zaczęła się pandemia COVID-19, zgodnie ze wskazaniami Ministerstwa Zdrowia wstrzymano u nas planowe przyjęcia, co spowodowało, że w ciągu ostatnich ośmiu miesięcy doszło do niewykonania kontraktu z NFZ. Ta sytuacja dotyczy większości procedur kardiologicznych, w tym z zakresu kardiologii interwencyjnej, leczenia wad serca i szeroko pojętej elektroterapii. Z tego, co wiem, w innych ośrodkach jest podobnie. Próbuje to nadrobić, ale wymagane przed przyjęciem do szpitala testowanie na obecność wirusa SARS-CoV-2 wszystkich chorych, zarówno przyjmowanych w trybie pilnym, jak i planowych, opóźnia te działania. Wprawdzie pacjentów „pilnych” podajemy tzw. szybkim testem, gdzie wynik otrzymujemy w ciągu godziny,

“

Podjęliśmy decyzję, że planowych chorych testujemy w sposób typowy, ale by uniknąć zainfekowania oddziału, na wynik w naszej klinice czekają kilkanaście godzin w wydzielonych jednoosobowych salach.

ale sprzętu jest mało, także w Europie, i mamy problem z odczynnikami, które są sprowadzane z USA, gdzie również panuje pandemia, więc Amerykanie zabezpieczają w pierwszej kolejności odczynniki dla siebie. Dlatego podjęliśmy decyzję, że planowych chorych testujemy w sposób typowy, ale by uniknąć zainfekowania oddziału, na wynik w naszej klinice czekają oni kilkanaście godzin w wydzielonych jednoosobowych salach. Takie postępowanie jest konieczne, jednak w związku z tym znaczna część kliniki jest wyłączona. Rozkręcamy się, ale opóźnienia są duże. Jakie będą tego następstwa zdrowotne, trudno w tej chwili ocenić. Prowadzone są badania dotyczące schorzeń sercowo-naczyniowych w przebiegu infekcji COVID-19, które wiele wyjaśnią. ■

W PIGUŁCE

Śmierć tysięcy medyków

Co najmniej 7 tys. pracowników ochrony zdrowia na całym świecie zmarło z powodu COVID-19 – tak wynika z raportu opracowanego przez Amnesty International, który został opublikowany na początku września.

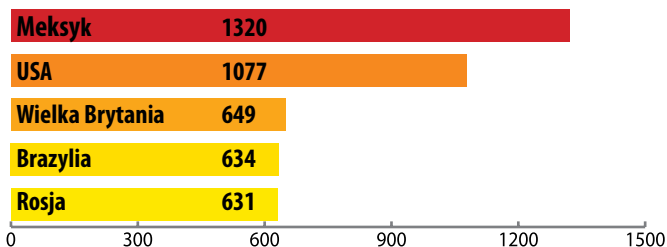
Najwięcej zgonów potwierdzono w Meksyku (1320, z czego połowę stanowią lekarze) – w kraju, w którym jest już ok. 100 tys. pracowników medycznych zakażonych koronawirusem, a niemal połowa wszystkich medyków nie ma zapewnionych środków ochrony osobistej w pracy (dane: Pan American Health Organization).

Na drugim miejscu plasuje się USA z liczbą 1077 zgonów, a dalej – Wielka Brytania (649), Brazylia (634) i Rosja (631). Wysoka śmiertelność wśród pracowników medycznych z powodu COVID-19, zgodnie z analizą Amnesty International, jest także w Indiach (573), Republice Południowej Afryki (240), we Włoszech (188), Peru (183), Indonezji (181), Iranie (164) oraz Egipcie (159). W Polsce dotychczas odnotowano kilka takich przypadków.

W ostatnich tygodniach medycy m.in. w RPA i Indiach protestowali na ulicach, bo władze nie zapewniają im dostatecznej ochrony przed zakażeniem koronawirusem.

– Śmierć ponad 7 tys. osób, które straciły swoje życie, ratując innych, jest kryzysem o oszałamiającej skali. Każdy medyk powinien mieć zapewnione bezpieczeństwo w miejscu pracy i skądem jest, że tak wielu z nich płaci najwyższą cenę. Wzywamy wszystkie rządy do podjęcia

Ilu pracowników medycznych zmarło z powodu COVID-19?



pilnych działań w celu ochrony życia pracowników ochrony zdrowia – apeluje Steve Cockburn, przedstawiciel Amnesty International. Dodaje, że musi zaistnieć globalna współpraca, dzięki której uda się zapewnić medykom odpowiednie środki ochrony indywidualnej, tak aby mogli pracować bez narażania własnego życia.

Autorzy raportu zaznaczają, że zebrane dane mogą być znacznie zaniżone, ponieważ kraje w różny sposób raportują informacje o zgonach z powodu COVID-19 wśród pracowników medycznych, a wiele z nich zgłasza te informacje w niedostateczny sposób lub w ogóle tego nie robi. Amnesty International zbiera dane z wielu źródeł – oficjalnych rządowych, stron pamięci, publikowanych nekrologów, list sporządzanych przez krajowe stowarzyszenia medyczne. Wszystkie zebrane informacje są prezentowane na interaktywnej mapie online, dostępnej na stronie organizacji. ■

Rezolucja ws. ujednolicenia danych dot. COVID-19

17 września Parlament Europejski przyjął rezolucję dotyczącą m.in. potrzeby koordynacji oceny sytuacji zdrowotnej i klasyfikacji ryzyka w związku z pandemią COVID-19 w Unii Europejskiej.

W rezolucji podkreślono, że nadal brakuje zharmonizowanej metodyki dotyczącej gromadzenia i oceny liczby zakażonych osób oraz semaforowego systemu ostrzegania o COVID-19, a Europejskie Centrum

ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) w dalszym ciągu sygnalizuje rozbieżności w gromadzeniu i przekazywaniu danych przez państwa członkowskie, co uniemożliwia uzyskanie pełnego obrazu rozprzestrzeniania się wirusa w Europie.

Parlament Europejski zwraca także m.in. uwagę, że wydaje się, iż państwa członkowskie nie wyciągnęły wniosków z pierwszej fazy kryzysu i brakuje wspólnej europejskiej

polityki zdrowotnej. Wzywa też Komisję Europejską do promowania wspólnej metody zbierania danych dotyczących zdrowia oraz liczenia i zgłaszania liczby zgonów, a państwa członkowskie do przyjęcia tej samej definicji zakażenia COVID-19, zgonu spowodowanego COVID-19 i wyzdrowienia po zakażeniu. Wzywa także do przyjęcia i stosowania wspólnej strategii przeprowadzania testów. ■

Przeciw obcinaniu palców

Światowe Stowarzyszenie Lekarskie (World Medical Association, WMA) wydało publiczną deklarację zapewniającą o wsparciu każdego irańskiego lekarza, który odmówi uczestnictwa w zabiegu amputacji palców, który jest wykonywany w ramach zasadzanej kary w Iranie. Kara jest wymierzana na mocy irańskiego kodeksu karnego.

“

Zgodnie z prawem irańskim wykonanie kar cielesnych, takich jak amputacja, wymaga obecności lekarza, który ocenia jej wykonanie.

Obecnie szeroko dyskutowana jest sprawa czterech mężczyzn, którzy zostali uznani winnymi napadu i zasądzono dla nich kary, która polega na całkowitym odcięciu czterech palców prawej dłoni, z pozostawieniem jedynie kciuka. Wyrok w ich sprawie zapadł w listopadzie ubiegłego roku, a kilka miesięcy temu irański Sąd Najwyższy utrzymał go w mocy.

Przeciwko wykonaniu kary protestują m.in. obrońcy praw człowieka. Także WMA potępiło stosowanie tak barbarzyńskiej metody karania, a prezydent tej organizacji dr Miguel Jorge podkreślił w liście skierowanym do władz Iranu, że amputacja to kara okrutna, niehumanitarna i obnażająca człowieka z godności.

Zgodnie z prawem irańskim wykonanie kar cielesnych, takich jak amputacja, wymaga obecności lekarza, który ocenia jej wykonanie. W ten sposób lekarze są wciągani do udziału w jej wymierzaniu, przez co – jak ocenia prezydent WMA – stają się oni uczestnikami aktu, który można nazwać torturą i jest pogwałceniem praw człowieka.

„Taka praktyka narusza podstawowe wartości etyczne naszego zawodu. Dlatego jesteśmy zdeterminowani, aby w pełni wspierać lekarzy, którzy odmawiają udziału w tych niehumanitarnych czynach” – zapewnił dr Miguel Jorge, wzywając jednocześnie władze Iranu do natychmiastowego i bezwarunkowego zaprzestania „tych przerażających aktów okrucieństwa”. ■

Samobójstwa wśród lekarzy



od dawna, a panująca pandemia koronawirusa jeszcze go zaostrzyła.

Ta trudna sytuacja wyraźnie zwiększyła zjawisko wypalenia zawodowego. W badaniu przeprowadzonym przez tę organizację dwa lata temu 40 proc. lekarzy deklarowało, że często lub zawsze czuje wypalenie zawodowe – to prawie 20 proc. mniej niż obecnie.

Jak lekarze radzą sobie w tej trudnej sytuacji? 18 proc. ankietowanych przyznało, że zażywa więcej leków, spożywa większe ilości alkoholu, a nawet narkotyków, ale tylko 13 proc. badanych szuka fachowej pomocy medycznej w związku ze złym stanem zdrowia psychicznego, spowodowanym wpływem COVID-19 na ich pracę. Zdecydowana większość lekarzy poszukuje wsparcia u rodziny, przyjaciół czy kolegów z pracy.

Dlaczego tak mało medyków szuka pomocy u specjalistów? Zdaniem Roberta Seligsona, dyrektora generalnego Physicians Foundation, lekarze obawiają się stygmatyzacji i utraty prawa wykonywania zawodu ze względu na swoje problemy zdrowotne. ■

Organizacja Physicians Foundation opublikowała w połowie września alarmujące dane dotyczące kondycji psychicznej amerykańskich lekarzy. Z przeprowadzonego przez nią badania wynika, że niemal jeden na czterech lekarzy zna kolegę po fachu, który popełnił samobójstwo. Co więcej, z raportu pt. „COVID-19's Impact on Physician Wellbeing”

można także wyczytać, że 58 proc. biorących udział w ankiecie przyznało, że ma objawy wypalenia zawodowego, a połowa badanych miewa epizody nieuzasadnionej złości, płaczu lub lęku przez pracę, co jest spowodowane pandemią COVID-19.

Gary Price, prezydent Physicians Foundation, przyznał, że problem dotyczący złej kondycji psychicznej wśród amerykańskich lekarzy istnieje

LEKARSKIE TOWARZYSTWA NAUKOWE

W oku cyklonu

Z prof. **Miłoszem Parczewskim**, prezesem Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych PUM w Szczecinie, rozmawia **Lucyna Krysiak**.

Co AIDS może mieć wspólnego z COVID-19?

HIV i SARS-CoV-2, które wywołują te choroby, nie należą do tej samej grupy, ale łączy je to, że są wirusami RNA, w miarę szybko mutują i powodują dysfunkcję układu odpornościowego. Chociaż ta dysfunkcja u każdego jest inna i wciąż do końca nie jest poznany jej mechanizm w przypadku zakażeń SARS-CoV-2, to zarówno AIDS, jak i COVID-19 powodują wycieńczenie immunologiczne, które może prowadzić do zwiększonego ryzyka wywołania różnych innych infekcji. Ta zbieżność daje podstawę do rozwijania badań w tym kierunku.

W obu przypadkach mamy do czynienia z transmisją międzygatunkową wirusa. Czy w przyszłości takich „przeskoków” może być więcej?

Patrząc historycznie, różnych transmisji wirusów ze zwierząt na ludzi było bardzo dużo. Przykładem jest wirus wścieklizny, HIV czy grypy (częściowo odzwierzęcy, kiedy mutuje od ptaków lub świń). Jednak „przeskok” SARS-CoV-2 z nietoperzy na ludzi jest bardziej dynamiczny niż np. wirusa HIV z szympanсів i należy się obawiać, że takich transmisji będzie więcej. To skutek zagarniania przez człowieka terenów należących do zwierząt i skrócenia dystansu pomiędzy gatunkami. Wiedza ta jest nieoceniona w diagnostyce i poszukiwaniach nowych leków. Badania molekularne wirusa SARS-CoV-2 bazują na biologii molekularnej HIV. Na testy identyfikujące tego wirusa czekaliśmy 15 lat, a obecne testy wykrywające koronawirusa opracowano w ciągu zaledwie kilku miesięcy. Ten postęp stał się możliwy dzięki badaniom nad poprzednimi wirusami odzwierzęcymi. Także część leków, które wprawdzie repozycjonowano na SARS-CoV-2, to też są leki antyretrowirusowe podawane zakażonym HIV. Przykłady można mnożyć, w Hiszpanii prowadzone są badania nad lekami anty-HIV w kontekście profilaktyki COVID-19, a więc cały czas czerpiemy z wiedzy na temat innych wirusów odzwierzęcych i oscylujemy wokół tego tematu.



SARS-CoV-2 mutuje, czy wiemy już coś konkretnego o tych mutacjach?

Mutacja wirusa to dużo bardziej złożone i dynamiczne zjawisko niż się wydaje. Standardowo każdy wirus, namnażając się, mutuje, ale szybkość tych mutacji jest różna i jeszcze jej nie rozpoznajemy. Wiadomo jednak, że wirus, mutując, genetycznie zmienia się, tworzy różne gentyopy, które są bardziej lub mniej zjadliwe. Ta zjadliwość jest zależna m.in. od białka S, czyli regionu produkującego powierzchniowe „kolce” (Spike), które łączą się z receptorem ACE2 na powierzchni tego wirusa. To dlatego m.in. nie wiemy, dlaczego jedni chorują ciężiej niż inni i dlaczego dochodzi do dysfunkcji immunologicznej. Nie wiemy też, czy za te mechanizmy odpowiada organizm, czy jest to zmienność wirusowa, która powoduje taką a nie inną odpowiedź immunologiczną.



Paniczny strach przed zakażeniem, który był wiosną, teraz przerodził się w wypieranie zagrożenia. Ponieważ w Polsce było stosunkowo mało zakażeń, ludzie zachowują się irracjonalnie, nieadekwatnie do okoliczności.

❗ Czym różni się wiosenna fala zachorowań na COVID-19 od obecnej, czyli jesiennej?

Poza tym, że COVID-19 przestał już przerażać jako nowy czynnik zakaźny, niewiele się zmieniło. Nadal nie mamy czym leczyć chorych, nie ma też szczepionki przeciwko SARS-CoV-2. Jednak dysponujemy już doświadczeniem, jakie leki w większym lub mniejszym stopniu mogą działać i wykorzystujemy je w praktyce. Koronawirus wiosenny różni się od jesiennego zjadliwością. Obecna fala jest mniej zjadliwa, ale to się może zmienić, gdyż wirusy są nieprzewidywalne. To jest nowy wirus, który cały czas krąży i nagle nie zniknie, ale może złagodnieć, jeśli będzie nadal pasażowany przez znaczną część populacji. Należy także pamiętać, że w Polsce odporność populacyjna jest niska. Jako populacja nie jesteśmy odporni na SARS-CoV-2.

❗ Może potrzebna jest zmiana strategii?

Modyfikacja terapii czy też standardów terapeutycznych nie jest potrzebna, bo tak naprawdę nie mamy leków. Leczymy metodą prób i błędów – hydroksychlorochina została wycofana, lopinawir praktycznie nie działa, a dostępność remdesiwiru jest ograniczona. Jeśli chodzi o strategię profilaktyczną, to w moim przekonaniu kładziemy za mały nacisk na stosowanie środków ochrony osobistej. To powinna być strategia obliczona na długi czas. W pociągach czy w innych miejscach publicznych ludzie markują, że noszą maski lub całkowicie z nich rezygnują. A maska i zachowanie dystansu to podstawowy środek ochrony przed koronawirusem. Paniczny strach przed zakażeniem, który był wiosną, teraz przerodził się w wypieranie zagrożenia. Ponieważ w Polsce było stosunkowo mało zakażeń, ludzie zachowują się irracjonalnie, nieadekwatnie do okoliczności.

❗ Epidemiolodzy, wirusolodzy, naukowcy i klinicyści nawołują do zjednoczenia sił w walce z koronawirusem. Czy chodzi o jakieś konkretne działania?

Tego rodzaju akcje z gruntu nie mają wiele wspólnego z rzeczywistością, ponieważ walka z wszelkimi epidemiami zawsze spada na lekarzy zakaźników. Najpierw więc odpycha się problem, a później pozoruje wspólne działania. Jestem zdruzgotany postawą lekarzy rodzinnych.

Uważam, że się dostatecznie nie zaangażowali w walkę w pandemię. Teleporada stała się standardem, co sprawiło, że pacjenci, szukając pomocy medycznej, oblegają SOR-y. Teleporada jest po to, aby wyeliminować niepotrzebne wizyty, ale nie można barykadować przychodni. Nie można też każdej gorączki traktować jak podejrzenie COVID-19 i odsyłać na badanie potwierdzające lub wykluczające wirusa. Wiele dziedzin medycyny odczuwa ograniczenia – na przykład diagnostyka onkologiczna, są problemy z leczeniem kardiologicznym, a także z resztą wielu chorób wymagających leczenia specjalistycznego. Obecnie niemal każdy objaw traktuje się jako podejrzenie COVID-19, a dopiero potem robi się cokolwiek.

❗ Czy wierzy pan w zapowiedzi, że za kilka miesięcy będziemy się masowo szczepić na SARS-CoV-2?

Nie wierzę i to z kilku powodów. Przede wszystkim nie wiemy, jak długo utrzymuje się odporność na SARS-CoV-2 – wiemy tylko, że miana przeciwciał spada. Zastanawia też, że wcześniej ani na SARS, ani na MERS nikt nie rozwinął szczepionki. Gdyby obecne poszukiwania szczepionki zakończyły się sukcesem, technologicznie nie jest możliwe w tak krótkim czasie wyprodukować tyle dawek, aby móc zaszczepić chociaż 10 proc. populacji każdego kraju. W skali Polski byłoby to blisko 5 mln szczepionek. Takie masowe akcje szczepień nigdy na świecie się jeszcze nie zdarzyły.

❗ Czym obecnie leczy się COVID-19, skoro leki przeciwwirusowe stosowane np. w terapii HIV nie działają?

Jest wspomniany wcześniej remdesiwir, ale to lek amerykański dostępny w ramach rejestracji europejskiej, trudnodostępny, zresztą działa nie w każdej sytuacji, np. w stanach uszkodzenia płuc i układu immunologicznego słabo skutkuje, a więc to nie będzie lek dla każdego. Przełomu w tym zakresie nie widać na horyzoncie, nie ma leku przeciwwirusowego i nie ma żadnego tego rodzaju leku w badaniach.

❗ Jaki udział ma Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS w walce z koronawirusem?

Aby zostać tzw. lekarzem od HIV, czyli specjalistą leczenia AIDS, najpierw trzeba zrobić specjalizację chorób zakaźnych. Specjaliści tacy stanowią więc integralną część całości, jaką jest zakaźnictwo, nie ma osobnej podspecjalizacji. Siłą rzeczy większość z nas zakaźników do tej pory leczących HIV zajmuje się także pacjentami chorymi na COVID-19. Zdobyliśmy już w tym zakresie spore doświadczenie. Można powiedzieć, że znajdujemy się w oku cyklonu, ponieważ to do oddziałów zakaźnych trafiają z tą chorobą pacjenci w najcięższych stanach. Wprawdzie powołano szpitale jednoimienne, ale bywało, że nie było tam ani jednego specjalisty chorób zakaźnych. Aktualnie w nowej strategii ministra zdrowia ciężar zakażenia jest rozłożony na wiele jednostek, ale ją trzeba dopiero wprowadzić w życie. ■

NAUKA

Siedź jak najmniej



Każda godzina spędzona w pozycji siedzącej zwiększa ryzyko zgonu.

W ramach badania Regards amerykańscy badacze przeanalizowali dane

fizycznej przez siedem kolejnych dni. Po ponad pięciu latach obserwacji 258 uczestników badania zmarło na nowotwór. Okazało się, że osoby te spędzały więcej czasu dziennie w pozycji siedzącej, zajmowały tę pozycję przez dłuższy czas oraz rzadziej podejmowały aktywność fizyczną uznawaną za niską (np. lekkie prace domowe, zakupy, gotowanie, drobne prace w ogrodzie) i średnią (np. żwawy chód, bieg, taniec). Ci, którzy spędzali większość dnia, siedząc, mieli aż o 82 proc. zwiększone ryzyko zgonu z powodu nowotworu. Każda godzina dziennie spędzona w tej pozycji zwiększała to ryzyko o 16 proc., a z kolei zamiana trwającego 30 min. siedzenia na niską lub średnią aktywność fizyczną zmniejszała je o odpowiednio 8 proc. i 31 proc. Jak podkreślają autorzy badania opublikowanego w „Jama Oncology”, po raz pierwszy udowodniono, że nawet niewielka aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zgonu z powodu nowotworu. Stanowi to istotny argument do mobilizacji osób w starszym wieku lub z problemami w poruszaniu się do podejmowania nawet minimalnej aktywności. ■



Ci, którzy spędzali większość dnia, siedząc, mieli aż o 82 proc. zwiększone ryzyko zgonu z powodu nowotworu.

ponad 8 tys. osób, które używały akcelerometrów oceniających ryzyko wystąpienia udaru mózgu. Uczestnicy badania nosili je w trakcie aktywności

Przewidzieć chorobę



Czy badanie krwi pozwoli na wykrycie śmiertelnej choroby na długo przed wystąpieniem jej objawów?

Wiele toczących się badań szuka metody na rozpoznanie raka na podstawie samego badania krwi. Jak informuje „Nature Communications”, chińscy badacze przeanalizowali próbki krwi pobrane od ponad 120 tys. zdrowych ochotników

w wieku 25-90 lat, poszukując wśród nich osób, które w ciągu kolejnych czterech lat zachorowały na nowotwór żołądka, przełyku, jelita grubego, płuca lub wątroby (najczęściej występujące nowotwory w badanej populacji). Zidentyfikowano 575 takich chorych. Na podstawie zestawu próbek treningowych i walidacyjnych oraz wykorzystując techniki sztucznej inteligencji, udało się stworzyć test o czułości 91 proc. dla próbek sprzed rozpoznania nowotworu, 88 proc. dla próbek po jego rozpoznaniu oraz o 95 proc. specyficzności. Test ten, nazwany „PanSeer”, wykorzystuje analizę metylacji DNA. Obecnie przechodzi on kolejne badania kliniczne na grupie osób z podwyższonym ryzykiem rozwoju raka jelita grubego. Jego wyjątkowość polega na tym, że przeprowadza się go wśród osób zdrowych, a wynik dodatni pozwala z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć zachorowanie na nowotwór w ciągu najbliższych lat. Szerokie spektrum diagnostyczne testu jest jednak również jego minusem – u chorych bez objawów trudno znaleźć potencjalny nowotwór, nie znając jego lokalizacji. ■

Co się sprawdziło?

Pojawienie się SARS-CoV-2 było wielkim zaskoczeniem dla całego świata. Nic dziwnego, że każdy kraj inaczej zareagował na pandemię.

W ocenie skuteczności tych działań może pomóc baza naukowa, gromadząca informacje o interwencjach podejmowanych w walce z koronawirusem w ponad 50 krajach świata. Narzędzie stworzone przez międzynarodowy zespół badaczy ułatwi porównanie skuteczności polityk związanych ze zwalczaniem pandemii COVID-19. – Wiemy, że Światowa Organizacja Zdrowia korzysta z naszej bazy do tworzenia rekomendacji i podejmowania decyzji – mówi dr Joanna Grzymała-Moszczyńska z Uniwersytetu Jagiellońskiego w rozmowie z PAP. Jak dodaje, baza ma służyć do porównywania strategii różnych rządów w walce z koronawirusem. Znalazły się w niej m.in. informacje o restrykcjach wprowadzanych lub znoszonych za pośrednictwem aktów prawnych, czasie zamykania szkół czy o działaniach podejmowanych przez władze w zakresie zwiększania skali prowadzenia testów. W tworzeniu bazy, poza naukowcami z UJ, uczestniczyli m.in. badacze z Uniwersytetu Warszawskiego. Dane są dostępne bezpłatnie na stronie <http://covid19-interventions.com> i, co ważne, mają być aktualizowane. ■

CELEBRYTYZACJA MEDYCYNY

Celemedycyna u bram

Znani celebryci pojawili się na otwarciu nowego oddziału szpitala w Warszawie. Nie ma w nim miejsca dla lekarzy i pielęgniarek, bo – zdaniem części ludzi z show-biznesu – są na pasku koncernów farmaceutycznych i sprzeniewierzają się prawdziwej medycynie.

TEKST **MARIUSZ TOMCZAK**, DZIENNIKARZ

Teraz „celebryci, którzy wykorzystują swoją popularność do szerzenia pseudonaukowych teorii, będą mogli przetestować je na własnej skórze”. Nikt nikogo nie zaszczepi, nie wiadomo, czy znajdą się tam strzykawki, sami wyleczą złamanie otwarte czy zapalenie wyrostka robaczkowego. Na wszelki wypadek dyrekcja przygotowała 80 łóżek dla tych, którzy powrócą z oddziału dla celebrytów, „by pomóc im wrócić do zdrowia, gdy już zrozumieją, że błędzili”.

W ostatnich latach jak grzyby po deszczu namnożyły się samozwańcze autorytety. Tych mniej znanych są tysiące, a ci najbardziej rozpoznawalni to m.in. celebryci, czyli – zgodnie z definicją Daniela Borostina sprzed 60 lat – osoby znane z tego, że są znane, oraz influencerzy, czyli twórcy internetowi o znacznym rozgłosie, posiadający wielotysięczne grono odbiorców w takich serwisach jak Facebook, Youtube, Twitter czy Instagram. Portale społecznościowe coraz skuteczniej wypierają telewizję jako miejsce „lansu”. Jak podają niektóre szacunki, aktywnie korzysta z nich już co drugi człowiek na świecie.

KIM JEST CELEMEDYK?

Część z celebrytów i influencerów wypowiada się prawie na każdy temat. Zabierają głos w sprawach

istotnych dla odbiorców, a skoro dla ogromnej części społeczeństwa – jak wynika z licznych badań – zdrowie stanowi jedną z najważniejszych wartości, trudno się dziwić, że szeroko rozumiana medycyna stała się obiektem zainteresowania osób ze świata show-biznesu. Podpowiadają, jak zachować dobrą kondycję fizyczną i psychiczną, co jest zdrowe, a co nie, co jeść, aby mieć fantastyczną sylwetkę, czego unikać w trosce o cerę, jak leczyć raka i w jaki sposób skutecznie walczyć z innymi, nie mniej poważnymi chorobami, nie wspominając już o mało znaczących dolegliwościach. W ostatnich miesiącach udzielali rad, co robić, żeby nie zarazić się koronawirusem. Dzielili się także opiniami, czy przeciwko COVID-19 warto się zaszczepić, kiedy będzie to możliwe. Niektóre gwiazdy show-biznesu stają się, przynajmniej od czasu do czasu,

celemedykami (chyba w taki sposób można by ich nazwać), a to, o czym wtedy mówią i piszą, to celemedycyna (choć oczywiście ich wypowiedzi mają niewiele wspólnego z prawdziwą medycyną).

GWIAZDA WIE LEPIEJ

Jako że wśród celebrytów są m.in. aktorki, piosenkarze, modelki czy uczestnicy rozmaitych programów typu talent show, na pierwszy rzut oka wydaje się przekomiczne, że ktoś, kto zajmuje się głównie tańcem czy śpiewaniem albo jest znany tylko z brylowania na szklanym ekranie czy bycia twarzą znanych marek, z miną znawcy w dwie minuty objaśnia to, nad czym osoby analizujące przyczyny, przebieg i skutki jakiejś choroby spędziły połowę swojego życia, pisząc grube książki. Uśmiech szybko znika, kiedy zdamy sobie sprawę, że nie brakuje osób wierzących w teorie wygłaszane przez samozwańczych zdrowotnych pomagierów. Znane są przypadki pacjentów pozbawiających siebie szansy na skuteczną terapię, tracących zdrowie, a nawet życie, bo pozostawali pod wpływem opinii nie znajdujących potwierdzenia w żadnych badaniach naukowych, a czasami wręcz stojących z nimi w jaskrawej sprzeczności.

CELEBRITY-BASED MEDICINE

Przed zalewem pseudomedycznych porad wielokrotnie ostrzegał

WAŻNE

Medycyna – tak, celemedycyna – nie.



Gdyby próbować wskazać przyczynę celebrytyzacji medycyny, można ją określić krótko: duch czasów.



samorząd lekarski, na alarm biją także organizacje pacjenckie. Te ostatnie kilka miesięcy temu zainicjowały akcję „Stop celebrytyzacji pseudonauki”. Coraz częściej pojawiają się głosy, że z opiniami godzącymi w zdrowie publiczne powinny aktywnie walczyć władze (m.in. Ministerstwo Zdrowia wraz z jednostkami podległymi i nadzorowanymi przez szefa resortu), a ekspertom (np. lekarzom) nie wolno milczeć, gdy w przestrzeni publicznej pojawia się wypowiedź nieprawdziwa z medycznego punktu widzenia. Przesłanie jest proste: celebrity-based medicine nie może zastąpić evidence-based medicine, a intuicja niektórych celebrytów nie powinna zastępować lekarskiej wiedzy i wypierać z debaty publicznej wyników badań naukowych, które dowiedziono ponad wszelką wątpliwość. Innymi słowy, medycyna – tak, celemedycyna – nie.

MITY I NIEDOMÓWIENIA

Celebrytyzacja medycyny nie jest zjawiskiem nowym, ale wokół niego narosło wiele mitów i niedomówień. Uproszczenie nigdy nie odda w pełni istoty problemu, ale gdyby próbować wskazać jego przyczynę, można ją określić krótko: to

duch czasów. To, jaki jest, widać po skutkach zakrojonej na coraz szerszą skalę demokratyzacji kolejnych obszarów życia zbiorowego. Uwidacznia się on w zmianach społecznych (przeobrażanie się instytucji, norm, kultury, struktury społecznej itd.), rewolucji w komunikacji masowej (ściśle powiązanej z rozwojem nowych technologii i wszechobecnym wykorzystaniem internetu), ewolucji roli „czwartej władzy” czy zmianie sposobu spędzania wolnego czasu. Jeśli dla kogoś brzmi to ogólnikowo, niech porówna sposób, w jaki dzieci i młodzież spędzają wolny czas obecnie, a jak robili to ich rówieśnicy 20 lat temu. Dwie dekady, a tyle zmian. Wielu z nich nie zna nazwiska żadnego lekarza, nawet jeśli czasami odwiedza pediatrę i stomatologa, ale z łatwością wymieni ksywy kilkunastu znanych jutuberów, których internetowe filmiki godzinami oglądało w ostatnim tygodniu, a choć – jak sądzę – nie wszyscy poprawnemu wymieni nazwisko prezydenta i premiera, to bez problemu wskażą niejednego celebrytę, wskazując się zaskakującą znajomością szczegółów jego biografii. Czy kiedy dorosną, część z nich nie będzie bardziej podatna na celemedyczne podszepty?

NIE PRAWDA, LECZ RACJA

Duch czasów uwidacznia się również w debacie publicznej, gdzie dyskutuje się nie zawsze po to, aby poznać prawdę, lecz raczej z chęci przekonania innych do swoich racji. Choć w XXI w. nie brakuje osób z wykształceniem wyższym, można odnieść wrażenie, że powszechne jest nieodróżnianie faktów od opinii. Towarzyszy temu przeświadczenie, że luki w wiedzy (np. medycznej) łatwo da się nadrobić z pomocą wyszukiwarki internetowej, znajdując potrzebną informację po parokrotnym kliknięciu myszką lub przesunięciu po ekranie smartfona. Lwia część internautów robi to bez weryfikacji źródła, nie biorąc pod uwagę tego, że za ułożenie stron w wyszukiwarce w określonej kolejności odpowiedzialny jest algorytm, który nie odróżnia treści wartościowych od plotek czy bredni. Można powiedzieć, że w internecie trwa nieustanna wojna na wrażenia, a osoby zagubione w smogu informacyjnym często szukają wiedzy tam, gdzie jej po prostu nie ma. I nierzadko trafiają na wypowiedzi przedstawicieli celemedycyny wpływowych w przestrzeni publicznej.

WAŻNE

Celebrity-based medicine nie może zastąpić evidence-based medicine

POCHWAŁA NIEWIEDZY

Łatwy dostęp do wiedzy bardzo pomaga, ale jednocześnie mści się na społeczeństwie. Jeszcze do niedawna, chcąc zdobyć dodatkowe informacje o swojej chorobie, trzeba było odbyć wycieczkę do biblioteki, przeszukać katalog, zamówić książkę, oczekiwać swoje w kolejce i przekartkować rozdział po rozdziale, a czasami strona po stronie, a teraz wiele osób ulega iluzji zdobywania wiedzy, bo po wpisaniu w google frazy „jak wyleczyć alergię” w mig otrzymuje setki wypowiedzi. To doskonałe podglebie do celebrytyzacji medycyny, bo człowiek – istota skłonna z natury do ułatwiania sobie życia i chodzenia na skróty – na ogół nie będzie szukał prac kogoś, kto kilkanaście lub kilkadziesiąt lat poświęcił na zdobycie wykształcenia i wiedzy w danej dziedzinie, ale jest nam kompletnie nieznany, skoro w przystępny i krótki sposób „to samo” zaserwuje ktoś, kogo lubimy i podziwiamy, komu ufamy. Celebrytom i influencerom przecież się ufa, nierzadko bardziej niż lekarzom. Niestety czasy mamy takie, że w wielu dziedzinach można zaobserwować to samo, z czym mamy do czynienia w odniesieniu do medycyny, bo celebryci nie tylko nią się „zajmują”. Milczenie bywa złotem, ale niekoniecznie w show-biznesie. Ile osób bez prawniczego wykształcenia rości sobie prawo do wydawania opinii, co jest zgodne z konstytucją, a co nie, albo co jest zgodne z literą prawa, a co stanowi bezprawie? Ilu jest speców od polityki bez politologicznego wykształcenia, którzy myślą kompetencje Sejmu i Senatu, urząd wojewody z marszałkiem województwa, a Radę Unii Europejskiej, Radę Europejską i Radę Europy traktują jak synonimy? Wśród celebrytów takich „prawników” i „politologów” jest nie mniej niż „doktorów”, a to, co wygadują i wypisują, nie zawsze stanowi wymianę opinii, lecz niejednokrotnie ociera się o dezinformację.

KTO JEST AUTORYTETEM?

Z wielu stron słychać utyskiwanie, że brakuje autorytetów. To

nieprawda. Nie brakuje ich. Problem tkwi w tym, że osoby tak utyskujące poszukują „autorytetów uniwersalnych”, wszystkim wiedzących głów, których rad można by bezkrytycznie słuchać niemal w każdej dziedzinie. Co do zasady, chcąc się dowiedzieć czegoś na dany temat, należy wstąpić do głośnego znawcy, czyli – jak to określił jeden z najwybitniejszych polskich logików, o. prof. Józef M. Bocheński – autorytetu epistemicznego. W zakresie medycyny lekarz jest autorytetem epistemicznym, tak jak mecenas znawcą prawa. Celebryta może być w niektórych kwestiach specem, ale w sprawach dotyczących zdrowia często bywa szkodliwym dyletantem. Nie da się być specjalistą od wszystkiego, a celebrytyzacja medycyny przybiera na sile, bo znaczna część społeczeństwa nie bierze tego pod uwagę. Wydaje się, że za czasów Mikołaja Kopernika możliwe było opanowanie znacznych pokładów ówczesnej wiedzy z wielu dyscyplin. Kopernik był renesansowym polihistorem, ale w XXI w. jednoczesne zgłębianie na zaawansowanym poziomie – tak jak w jego przypadku – tajników medycyny (przez ponad 40 lat uprawiał praktykę lekarską), astronomii, matematyki, prawa, ekonomii czy strategii wojkowej, a do tego władanie kilkoma językami, wydaje się fikcją, oczywiście pomijając garstkę autentycznych geniuszy.

DRUGA STRONA SPECJALIZACJI

Współczesny człowiek ma prawo czuć się zagubiony, bo od czasów, gdy Kopernik wstrzymał Słońce i ruszył Ziemię, wiedza o świecie niepomrotnie wzrosła, czego naturalną konsekwencją jest jej specjalizacja. José Ortega y Gasset, jeden z klasyków myśli społecznej XX w., w książce „Bunt mas” trafnie zauważył, że warunkiem rozwoju nauki, jak i postępu w nauce, stała się specjalizacja, ale naukowcy – coraz bardziej ograniczając zakres swojej pracy – stopniowo tracą kontakt z innymi dziedzinami, przez co spada u nich umiejętność całościowej



W wielu dziedzinach można zaobserwować to samo, z czym mamy do czynienia w odniesieniu do medycyny, bo celebryci nie tylko nią się „zajmują”.

interpretacji otaczającej rzeczywistości. „Specjalista ‘wie’ wszystko o swoim malutkim wycinku wszechświata, ale co do całej reszty jest absolutnym ignorantem” – pisał 90 lat temu Ortega y Gasset, nazywając ówczesnych naukowców „mądro-głupimi”.

POGOŃ ZA LAJKAMI

Na koniec włożę kij w mrowisko i, być może, sprowokuję do pewnej refleksji część osób związanych zawodowo z ochroną zdrowia, niezwykle aktywnych w różnych dyskusjach (m.in. w mediach społecznościowych), które czasami znacznie wykraczają w swoich komentarzach poza sprawy związane z medycyną, wchodząc na pole innych dyscyplin naukowych. Wyrażanie „mocnych” opinii z pewnością przysparza popularności, co widać po liczbie lajków i followersów na Twitterze czy Facebooku, ale śmiem twierdzić, że nie zawsze to pomaga w budowaniu autorytetu zawodowego. Może, choć nie musi. Kiedy medyk zabiera głos np. w sprawach gospodarczych, szybko ujawniając, że nie ma o nich zielonego pojęcia, trudno się potem dziwić, że ekonomista w nieuprawniony sposób upraszcza kwestie medyczne. Różnica między nimi a celebrytami posługującymi się pseudomedycznym bełkotem jest tylko jedna – wypowiedź lub internetowy wpis osoby znanej z tego, że jest znana, może przeczytać lub usłyszeć kilka milionów Polek i Polaków w ciągu doby. ■

* To zmyślona informacja podana kilka tygodni temu przez ASZdżienik, czyli serwis internetowy o charakterze rozrywkowo-satyrycznym, publikujący teksty w formie zmyślonych newsów.



SŁAWOMIR BADUREK

diabetolog, publicysta medyczny

OBSERWACJE

Więcej zaufania, mniej podejrzliwości

Centrum Egzaminów Medycznych wysłało zdającym egzaminy końcowe lekarzom i lekarzom denty stom maile informujące o konieczności zastosowania się do wytycznych sanitarnych pod karą niedopuszczenia do egzaminu lub jego przerwania.

C hodziło m.in. o odległość między zdającymi, nakaz dezynfekcji stolików, włączników światła i wietrzenie sali.

Zdającym przypomniano także o konieczności rozwiązywania testu w rękawiczkach i maseczkach. Te ostatnie CEM zabroniło zdejmować nawet do napicia się wody. I rozpętała się burza. Profesor Andrzej Matyja uznał rygory za nieludzkie, a doktor Paweł Grzesiowski mówił wprost o łamaniu praw człowieka, a także wytknął autorom niewiedzę, zwracając uwagę, że przy zachowaniu odpowiedniego dystansu nie ma ryzyka zakażenia się od kogoś, kto na chwilę zdejmie maseczkę.

Krytyka przyniosła skutki. Wywołany do tablicy p.o. dyrektora CEM dr hab. Rafał Kubiak zasłaniał się karą więzienia za zakażenie kogoś koronawirusem, ale zaznaczył, że będzie można podczas egzaminu „ze względów zdrowotnych napić się lub spożyć posiłek”. Wystarczy tylko podnieść rękę, a „przewodniczący zespołu egzaminacyjnego podejdzie i oceni sytuację”. Zdaniem doktora Kubiaka to dowód, że CEM postępuje „w duchu humanitaryzmu i empatii”. Cisną się do głowy pewne rozpoznania, ale nie jestem psychiatrą, a nie chcę być nieprecyzyjny.

Nie ma wątpliwości, że pandemia oznacza walkę z wieloma przeszkodami. Z drugiej strony jest to okazja do

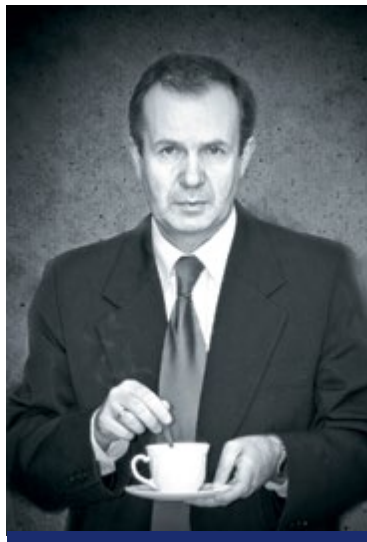
wprowadzenia zmian, które wcale nie muszą oznaczać klękania przed koronawirusem w pokorze, koniecznie w maseczce i rękawiczkach. Jeśli koniecznie trzeba przeprowadzić egzamin w ściśle określonym czasie i „na sali”, a liczba zakażeń na danym terenie na to pozwala (!), to absolutnie nie może to dla zdających oznaczać ograniczeń mogących wypaczyć wynik. W praktyce podstawową metodą protekcji przed zakażeniem powinno być zachowanie dystansu. Wynajęcie dodatkowych pomieszczeń oraz zorganizowanie odpowiedniego nadzoru to zadanie organizatorów. Niedopuszczalne jest również, by ktoś, kto ma stan podgorączkowy, był skazany na zdawanie egzaminu za pół roku. Dla takich osób należy zorganizować dodatkowy termin.

W USA lekarze od wielu lat zdają egzaminy testowe w centrach komputerowych w dogodnym dla siebie terminie. Nie ma w tym przypadku problemu, że ktoś z przyczyn losowych nie zdążył się przygotować albo nie był w stanie przystąpić do egzaminu. W Szwecji, by zostać specjalistą, w ogóle nie trzeba zdawać egzaminu. Są obowiązkowe kursy, staże, umiejętności do opanowania oraz pewne ramy czasowe na realizację programu i to w zasadzie wszystko. Dużą rolę w tym systemie odgrywa opiekun specjalizacji, ale on jest po to, by pomagać, a nie udowadniać, że specjalizant nic nie umie. Kto chce, dla sprawdzenia, może zdać egzamin. Nie jest to jednak naszpikowany szczegółami test, a sprawdzian radzenia sobie z ważnymi z praktycznego punktu widzenia problemami. Czy ten liberalny z naszego punktu widzenia model oznacza, że szwedzcy specjaliści są nieukami?

Tymczasem u nas CEM z uporem godnym lepszej sprawy broni dostępu do bazy pytań testowych. Dopiero przyjęta w lipcu nowelizacja ustawy o zawodzie lekarza przewiduje, że pytania wraz z poprawnymi odpowiedziami będą publikowane w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu. Wyrazem niewiary w kompetencje lekarzy kończących szkolenie specjalizacyjne (i pośrednio także w profesjonalizm kierowników specjalizacji) jest organizowanie specjalizacyjnych egzaminów ustnych, mających w założeniach sprawdzać wiedzę praktyczną. Po długich deliberacjach uznano, że lekarzom zdającym w sesji wiosennej wystarczy test. Teraz jednak egzaminy ustne mają wrócić, choć zakażeń jest więcej niż wiosną. Gdzie tu sens, gdzie logika? ■

“

Jeśli koniecznie trzeba przeprowadzić egzamin „na sali”, to absolutnie nie może to dla zdających oznaczać ograniczeń mogących wypaczyć wynik.



JAROSŁAW WANECKI

pediatra, felietonista

EPIKRYZA (102)

Co dwie głowy, to nie jedna

W przyszłym roku obchodzimy 100-lecie samorządu lekarskiego w Polsce. Kolejny jubileusz ma pokazać przedwojenne korzenie izb, opisać dekady wyrwane z socjalistycznego kalendarza i zmusić do refleksji. Wśród wielu pytań o przyszłość, podstawowe brzmi: co dalej?

W imponującej galerii autorstwa Jadwigi i Stanisława Mysiaków (lekarz dentysta z Komisji Kultury NRL), spośród wielu obrazów, moją uwagę przykuł portret głowy o dwóch twarzach. I od razu pomyślałem o wciąż niezatartej rysie, która towarzyszy naszemu zdublowanemu środowisku.

„Stomatologia jest integralną częścią medycyny – pisałem w zbiorze esejów „Ecce Medicus” – Lekarz dentysta, podobnie jak inni specjaliści, wykonuje swoje zadania w oparciu o takie same kanony diagnostyki, leczenia i zasad etycznych. Dentystyka niczym soczewka skupia problemy ochrony zdrowia – od epidemiologicznych po cywilizacyjne. Gabinet stomatologiczny to coraz częściej laboratorium i sala operacyjna jednocześnie. Stereotyp zawodu rzemieślniczego, dawniej wręcz kuglarskiego, szczęśliwie i bezpowrotnie zacierą się wraz z wprowadzaniem nowoczesnych technik zabiegowych, endoskopii i radioobrazowania. Zęby są pierwszym świadectwem zdrowia – prawidłowej profilaktyki, higieny i żywienia. Czujna obserwacja jamy ustnej prowadzi do rozpoznania chorób ogólnoustrojowych. Nie zawsze jednak stomatolodzy uznawani byli przez szeroko pojęte środowisko lekarskie

za lekarzy w pełnym tego słowa znaczeniu. Jeszcze przed II wojną światową kształcenie dentystyczne, a także organizowanie się w samorządach zawodowych, były odrębne. Echa minionych wieków wracają razem z dyskusją o izbowej autonomii lekarzy dentystów. Stałym postulatem jest możliwość zatrudnienia lekarza przez lekarza w gabinecie prywatnym. Co kilka lat podnoszą się głosy o separacji. Stomatologia jest nadal sztuką konsekwentnie niedocenianą i niedofinansowaną przez państwo”.

Lekarze dentyści stanowią 22 proc. wszystkich lekarzy polskich. W działalności samorządowej jesteśmy, w moim odczuciu, nie do odróżnienia, a mimo to co kilka lat, z mniejszą lub większą siłą, w rozmowach kameralnych i na forum, w ostrej wymianie internetowych listów, oświadczeniach i stanowiskach komisji stomatologicznych, głowę wspólnej korporacji ostro przecina brzydka zmarszczka konfliktu. Każda z twarzy łypie jednym okiem, testując, czy nadszedł już czas wielkiej schizmy.

Współinicjatorem powołania samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów w 1989 r. był Włodzimierz Józefowicz, członek Naczelnej Rady Lekarskiej I kadencji, określany mianem „wizjonera”. Pomysły organizacyjne i szkoleniowe doktora wyprzedzały epokę. Przygotowując się zatem do świątecznej „gali stulatków”, warto nie tylko pomyśleć o odznaczeniach, ale także o autorytetach, których mądrość staje się niezbędna w nadaniu nowego kierunku maszynie izb lekarskich.

Przed nami znów pytania najprostsze. Definicja samorządu w zmieniającej się rzeczywistości. Wizerunek wewnętrzny, wciąż podważany. Reprezentacyjność różnych interesów, która czasem staje się źródłem dzielącej niezgody i wypierania problemów. Skuteczność marki NIL w rozmowach z władzą. Wizja wspólnoty wielu głów, które pracują dla dobra medycyny i satysfakcji z powołania do zawodów. ■



„Co dwie głowy, to nie jedna”;
Jadwiga Mysiak



AGATA
MORKA

historyk sztuki

BŁĄD MALARSKI

W tle

„Alegoria z Wenus i Kupidynem” Bronzina to jeden ze szlagierów historii sztuki. Sztandarowy przykład manieryzmu: zamiast renesansowej harmonii i symetrii malarz serwuje nam powyginane w niemożliwe kształty ciała, zgrupowane w ciasne kompozycje oddane w pstrokatych kolorach. O czym jest obraz, każdy widzi.

Obraz: Bronzino,
„Alegoria
z Wenus
i Kupidynem”,
1540-1545,
National Gallery,
Londyn



A



B

O to na pierwszym planie rozanielona naga kobieta przyjmuje pieszczotę uskrzydłonego młodzieńca, rozchyłając wargi do pocałunku, podczas gdy zbliżający się ku parze roześmiany chłopiec zamierza się na nich garścią płatków róż. Na pierwszy rzut oka można pokusić się o stwierdzenie, że scena ta jest zwykłym erotycznie nacechowanym kiczem. Dopóki nie zerkniemy na to, co dzieje się w tle. I nagle okazuje się, że Bronzino daleki jest od banalnej kontemplacji cielesnych uciech, że gra na

kontrastach, budując nieco niewygodny traktat o miłości.

To niewygodne napięcie spływa na widza już w momencie, gdy zdaje sobie sprawę, że w istocie patrzy na Wenus całując Kupidyna, a pocałunek ten zdecydowanie nie ma matczynego charakteru. Chłopiec z różami, interpretowany jako alegoria Przyjemności, niby biegnie sobie beztrosko, a jednak jedną z jego stóp przebijają ciernie. Restauracja obrazu ujawniła nowe detale na jego lewej stopie, które sugerować

mają objawy grzybicy. To nie koniec jednostek chorobowych obecnych na obrazie. Za ponętnymi pośladkami Kupidyna czai się krzycząca postać, interpretowana czasami jako Zazdrość, czasami zaś jako ofiara syfilisu, częstej konsekwencji miłosnych uniesień w szesnastowiecznych Włoszech.

O czym jest obraz, nie każdy zatem widzi, dopóki nie spojrzy na figury w tle. Powykęcane w chorobowych spazmach dopowiadają historię pierwszoplanową: triumfu bogini miłości, której piękno podsyty jest cierpieniem. ■

Rozwiązanie zagadki z „GL” 09/2020

1. Usunięcie pasa z lewej dłoni pacjenta.

Pas ten podtrzymywał rękę tak, by pozostać mogła w niezmiennionej pozycji. Był on zatem konieczny dla pomyślnego przebiegu procedury.

2. Usunięcie liter z rycin.

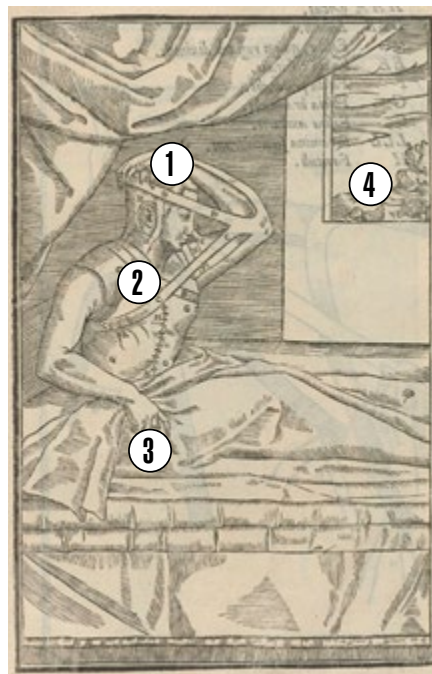
Litery pełniły istotną rolę na rycinie, tłumacząc elementy procedury. Ich usunięcie zburzyłoby instruktażowy charakter ryciny.

3. Dodanie słoika z nosem w środku obok prawej dłoni pacjenta.

W opowiadaniu Gogola „Nos” doktor odmawia przytwierdzenia nosa, który odpadł bohaterowi, i radzi pacjentowi, aby ten raczej przechowywał nos w słoiku z formaliną. Być może obca była mu metoda włoska.

4. Dodanie w tle w oknie dwóch wież na planie prostokąta.

Gaspere Tagliacozzi pochodził z Bolonii – miasta, którego symbolem są dwie średniowieczne wieże.



Obraz: Rycina nr 8 z książki Gaspere Tagliacozzi „De curtorum chirurgia per insitionem”, 1597, Houghton Library, Uniwersytet Harvarda.

NAGRODZENI Z „GL” 09/2020: Voucher do Hotelu Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju otrzymuje

Agnieszka Biłska z Rzeszowa. Gratulujemy! Nagrody dodatkowe: **Łukasz Czech z Rzeszowa, Urszula Samul z Krzewiny, Rafał Smerkowski z Opola.**

Wskaż oryginał i znajdź cztery szczegóły różniące obrazy.

Odpowiedź prześlij na bladmalarski@gazetalekarska.pl **do 19 października 2020 r.**

W temacie maila należy wpisać **GL10** oraz podać dane do kontaktu (imię i nazwisko, adres, telefon). Jedna osoba może przesłać jedną odpowiedź.

Dla jednej z osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,

HOTEL PREZYDENT
MEDICAL SPA & WELLNESS
HOTEL PRZYJAZNY DOROSŁYM

Hotel Prezydent**** Medical SPA & Wellness w Krynicy-Zdroju

ufundował voucher obejmujący m.in.:

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

Nagrody dodatkowe dla trzech osób, które prześlą prawidłowe odpowiedzi,


WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
JAGIELLOŃSKIEGO
www.wuj.pl

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.

PRZYCHODZI WENA DO LEKARZA

Ogólnopolski Konkurs Literacki
im. Prof. Andrzeja Szczeklika

Z zebra

Z twojego zebra
Zrodził się poeta
Liryk
Któżby inny
Skoro ty
Maczałaś w tym serce

Gada
Co mu
Twoja
Ślina
Na język przyniesie

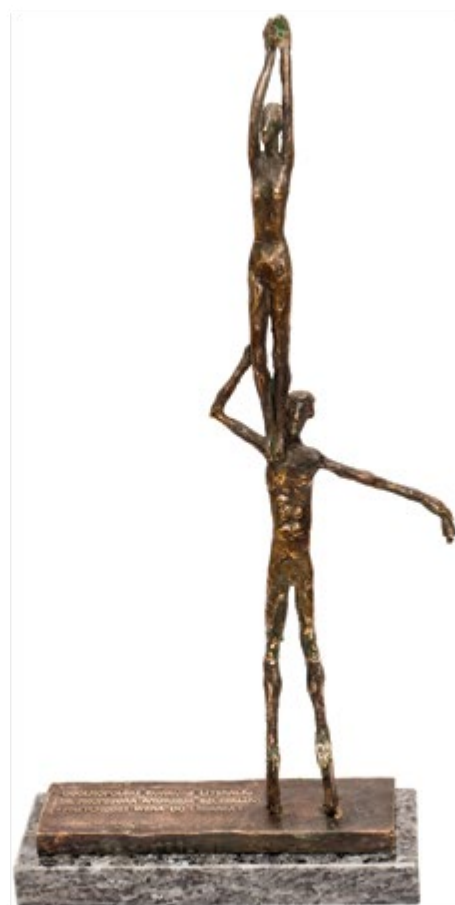
Pisze
Pod dyktando
Mowy twego ciała
Często elokwentnej

A to epopeje
To haiku ledwo
Ale też nabrzmiate
Znaczeniem co znaczy

Ten z twojego zebra
Bywa dość pogodny
Co raczej zaświadcza
Że kiepskim poetą



gazetalekarska.pl



O AUTORZE



KAZIMIERZ PICHLAK

Laureat IX edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. I miejsce w kategorii POEZJA.

Urodzony w 1951 r. Doktor nauk medycznych. Od ponad dwudziestu lat ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala w Jeleniej Górze. Autor siedmiu tomików wierszy. Twórca kilkunastu indywidualnych wystaw fotograficznych. Niemało podróżuje, głównie w różne góry świata, które eksploruje od czterdziestu pięciu lat. Ulubiony kraj – Nepal. Był tam szesnaście razy. Wśród przyjaciół i znajomych niewątpliwy lider w „działaniu” – siedmioro wnucząt! Człowiek spełniony i na ogół szczęśliwy. Laureat konkursu „Przychodzi wena do lekarza” w 2017 r.

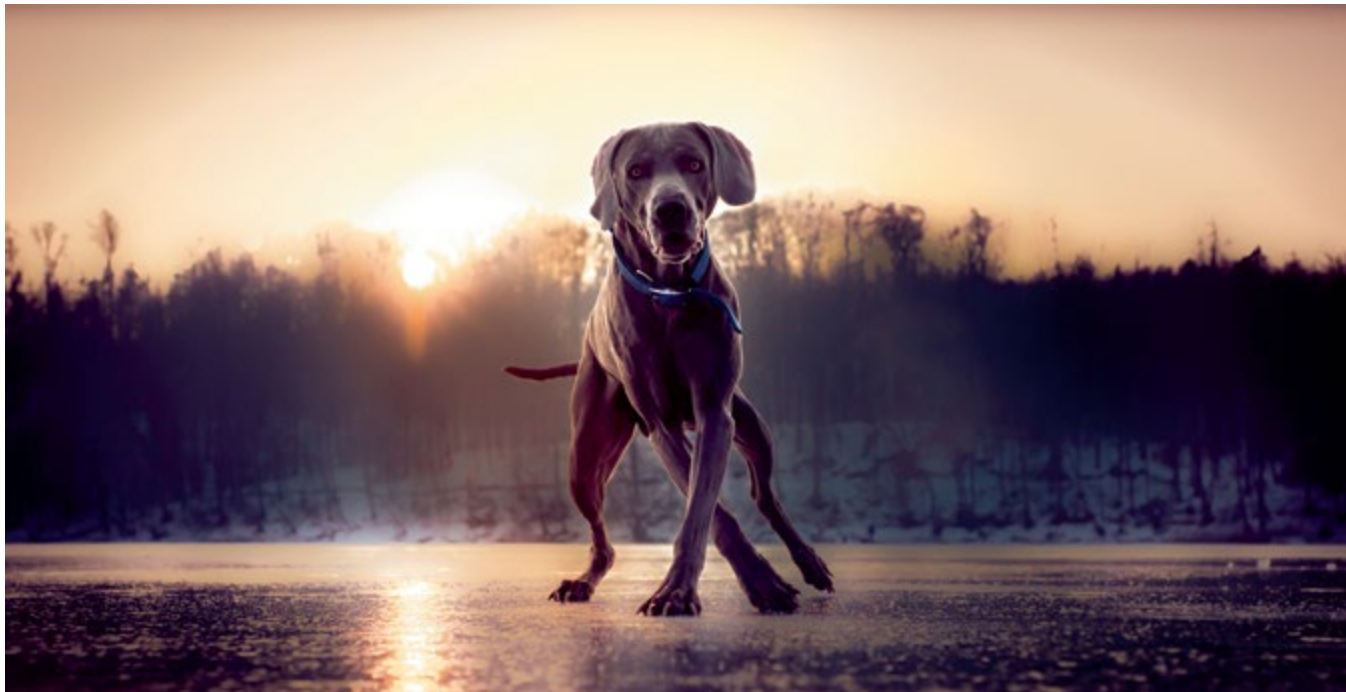
KULTURA



PhotoArtMedica 2017



www.photoartmedica.pl



„Tańcząc na lodzie”, dr Mikołaj Frankiewicz (stażysta, Gdynia), uczestnik Salonu PhotoArtMedica 2017

Kraków – sposobność przemijająca?

O „Przewodniku po Krakowie dla medyków”

TEKST IRENA KACZMARCZYK

Przewodnik prof. Zdzisława Gajdy odbiega od popularnych informatorów turystycznych. Posiada nie tylko charakter poznawczy, ale opiekuńczo-edukacyjny.

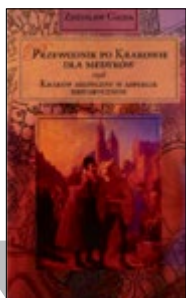
Autor uważa, iż studenci medycyny, pobierając kilkuletnią naukę w Krakowie, powinni podczas jej zdobywania zapoznać się z „wszystkimi przejawami medycznego życia utrwalonego w zabytkach, epitafiach, tablicach, wreszcie kamienicach, w których przebywali medyczni protoplaści”. Apeluje, by Kraków nie stał się dla nich tylko

„sposobnością przemijającą”. I w niestereotypowy sposób oprowadza przyszłych medyków po miejscach i obiektach, w których znajdują się ślady protoplastów nauk medycznych.

Ileż tu cytatów, anegdot, powiedzonek i ciekawostek związanych z medycznym Krakowem. Jakaż imponująca erudycja i swoboda poruszania się po literackich źródłach, począwszy od XVI w. aż po współczesność. Ogrom benedyktyńskiej pracy włożył profesor lekarz w historyczne opracowanie miejsc związanych z początkiem i rozwojem medycyny w mieście królów Polski. Świadczy o tym obszerna bibliografia, licząca blisko 250 pozycji. Medyczny

szlak prowadzi od macierzy, kolebki polskiej medycyny uniwersyteckiej – Collegium Maius, przez pozostałe budynki UJ, Kościół św. Anny, Rynek Główny, Planty, Mały Rynek, Wawel, Kazimierz, aż do obrzeży miasta: Wieliczki, Krzeszowic, Swoszowic czy Witkowic. Są przystanki przy szpitalach, uzdrowiskach, miejscach sakralnych, słynących z cudów Świętych uzdrowicieli, aptekach i znanych restauracjach Starego Krakowa.

Warto wybrać się na tak osobliwą wycieczkę. Nie zaprzepaścić szansy skorzystania z możliwości kulturalnych i intelektualnych miasta. Właśnie po to, aby podwawelski gród nie stał się tylko „sposobnością przemijającą”. ■



SPORT

Doctor Riders zakończyli sezon



Klub Doctor Riders, zrzeszający lekarzy motocyklistów, tradycyjnie w ostatni weekend sierpnia zakończył sezon w Stoku k. Bełchatowa. XVI Zlot był wyjątkowy, bo podporządkowany koronawirusowi. Skromny, dużo mniej liczny, krótszy, ale zorganizowany!

To, co nie zmieniło się, to wspaniała atmosfera i bomby muzyczne! Tym razem niezapomniane chwile zawdzięczamy „Topsy Drivers” i polskiej Janis Joplin – Natalii Abłamowicz, która fantastycznie najpierw zaśpiewała hymn Doctor Riders, a potem wystąpiła z całym koncertem. W drugim dniu słuchaliśmy odkrycia sezonu na światowym poziomie: „Haze Acoustic Trio”.

Pod koniec czerwca w Zabuzu Podlaskim zorganizowano XIV Zlot „Poznaj Swój Kraj”, podczas którego lekarze na motocyklach zwiedzali zakątki Podlaskiego Przełomu Bugu. Do Zaborza zjechało 70 „rajdersów” – członków klubu i sympatyków. Niektórzy pokonali 800 km, by wspólnie podróżować i cieszyć się obecnością innych pasjonatów motocykli. Lekarze podróżowali po Podlasiu, zwiedzając m.in. Drohiczyn, Janów Podlaski, Mielnik i Świętą Górę Grabarkę. ■

Doctor Riders

FOTO: AGNIESZKA DANOWSKA-TOMCZYK

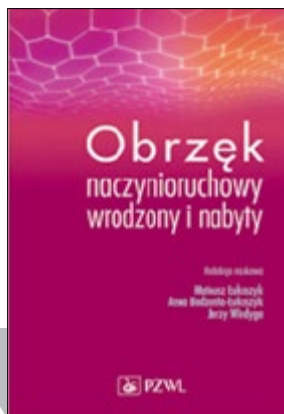
NASZA CZYTELNIJA



Eutoryka. Rzecz o dobrej (roz)mowie

Dorota Korwin-Piotrowska

Publikacja, dzięki której można z innej perspektywy spojrzeć na język, komunikację i retorykę. Autorka rozważa nad tym, co jest dobrą rozmową. Zawarte w książce wskazówki, jak taki dialog prowadzić, mogą przydać się każdemu, kto na co dzień pracuje z drugim człowiekiem, w tym także lekarzowi. To wyjątkowo aktualna pozycja w obliczu wszechogarniającego nas hejtu i języka nienawiści.



Obrzęk naczynioruchowy wrodzony i nabyty

Redakcja naukowa:

Mateusz Łukaszyk,
Anna Bodzenta-Łukaszyk,
Jerzy Windyga

Najnowsze informacje na temat patogenezy, symptomatologii, postępowania diagnostycznego i leczenia pacjentów z wrodzoną i nabytą postacią obrzęku naczynioruchowego. Publikacja dla lekarzy różnych specjalności, m.in. alergologów, dermatologów, pulmonologów, laryngologów oraz pediatrów.

SPORT

Lekkoatleci



W dniach **22-23 sierpnia** na Stadionie Miejskim w Lublinie odbyły się 30. Mistrzostwa Polski Masters, 9. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce i 3. Mistrzostwa Polski Dziennikarzy. Rywalizacja w ramach mistrzostw lekarzy odbyła się w 17 konkurencjach dla mężczyzn i 9 dla kobiet. Patronat nad wydarzeniem objęli m.in. minister sportu, prezes NRL i prezes ORL w Lublinie. ■

Tenisiści

Pomimo pandemii, w dniach **15 i 16 sierpnia** w stanie Illinois (USA) odbył się IX Turniej Tenisa Ziarnego „Dziennikarze vs. Lekarze”. Organizatorem wydarzenia był prezes Klubu Sportowego „Bronek” ZLP w Chicago dr Bronisław Orawiec. ■



gazeta**lekarska**.pl

Lekarka łuczniczka

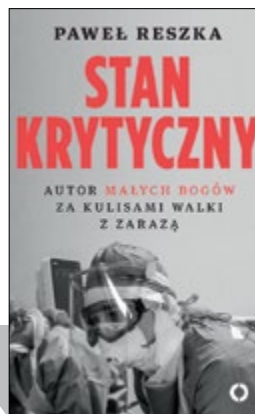
Sukces dr Ingi Zagrodzkiej-Dobja na Mistrzostwach Polski Seniorów w Łukach Błoczkowych i Barebow, które w dniach **5-6 września** odbyły się w Legnicy. Lekarka ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej wróciła z mistrzostw z trzema medalami. ■

FOTO: ARCHIWUM ORGANIZATORÓW



Wszystkie twarze szpiczaka. 100 historii chorych na szpiczaka plazmocytozowego na 100-lecie odzyskania przez Polskę niepodległości
Praca zbiorowa

100 niepowtarzalnych wywiadów, dzięki którym uświadomimy sobie, jak ogromny przełom nastąpił w leczeniu szpiczaka i jak bardzo jest potrzebna interdyscyplinarna współpraca wielu specjalistów, by jego terapia była skuteczna. Książka powstała z inicjatywy Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.



Stan krytyczny
Paweł Reszka

„Z czym my k... na tę wojnę idziemy? Ze słowem misja na ustach?” – pyta młody lekarz w najnowszym reportażu Pawła Reszki. Autor tego dokumentu pokazuje pracę medyków w czasie pandemii koronawirusa SARS-COV-2 w naszym kraju. Ludzie, których spotykał, opowiedzieli mu swoje własne doświadczenia w walce z zarażą. I ukazali bolesną prawdę, że system działa tylko dzięki poświęceniu pracowników ochrony zdrowia.

Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, G i R. Na ponumerowanych polach ukryto 30 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie niemieckie. Hasło należy przesłać na karcie pocztowej do redakcji lub e-mailem na adres jolka@gazetalekarska.pl do 25 października 2020 r. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe (prosimy o podanie specjalizacji i adresu do wysyłki).



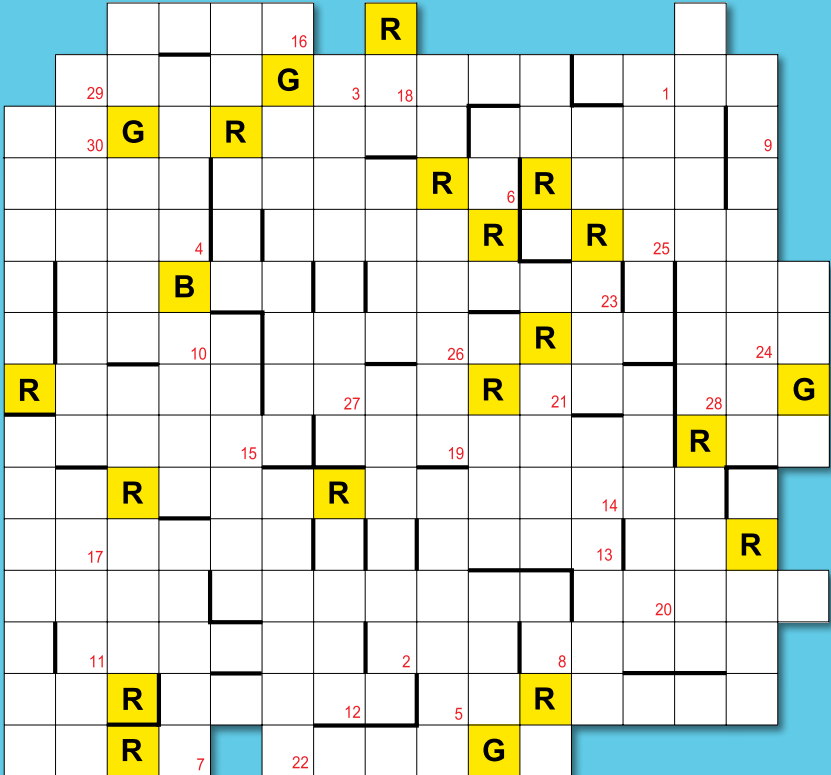
Wydawnictwo Lekarskie PZWL to specjaliści, wiedza i zaangażowanie.

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









* Mieczysław, współtwórca naszej transplantologii i dializoterapii * odkrył Rzekę Św. Wawrzyńca * Gebie Boga (łac.) * tworzenie nowej kości na powierzchni starej * japońska mafia * błyska znad ogniska * Musca * beskidzcy Rusini * surowiec na myrtoł * lingula * dawne do * projektant Partenonu * objaw sygnałowy napadu epi * ośrodek rud uranu w Nigrze * następca Ruryka * wydzielina gruczołowa cywety do medycyny ludowej * imię aktora, gliniarza z Beverly Hills * Mały Rzym w Prowansji * guzy opon mózgu i rdzenia * grecka Wiktorja * metoda radioimmunologiczna * fructus * strój prawnika * trup krwiopijca * niemiecki, czyli wilczur * tytuł potomka Mahometa * lotnisko w Olsztynie * pierwsze badanie kardiologiczne * płynie w Akmoie * but z drewna i skóry * tam po leki * Kunta..., niewolnik z Gambii * czerwone niczym wino * auris * gród nad Węgorapą * Wielka flota Hiszpanii * belgijski koń pociągowy * kłaczowa bylina trawopodobna * zieleniec * sól kwasu octowego * start tunelu Seikan na Honsiu * morderca małżonki * PTH * odwrotność pozytywu * regularne takty * większy, zwany lwia paszczą * prowincja rzymska z Tyrolem * żywiczne zabezpieczenie obrazu * pierwiastek z liczbą atomową 3 * jaból, bełt * krzyżuje się z wątkiem * różyczka albo samiec kury * wezwanie do modlitwy z meczetu * paryska chustka na szyi * kolczyste drzewo tropiku * Mariański najgłębszy * ruch przed kiwką * stan zubożenia uczuciowego * Elihu, laureat Pokojowej Nagrody Nobla * Weneda Słowackiego * rogówka (łac.) * gród nad Vienne, partner Piły * żałobna czerń * roztwór koloidalny * płynie w Bernie * Krystian, nasz sławny pianista * okres próbny lekarza * terytorium jak Watykan * pogląd, że silne bodźce ułatwiają zapamiętywanie * stolica Jiangsu * sacculus

Jerzy Badowski

Rozwiązanie Jolki lekarskiej nr 256 („GL” nr 07-08/2020)
Każdy pragnie żyć długo, ale nikt nie chce starości.

Nagrody otrzymują:

Barbara **Bieranowska** (Bielsko-Biała), Sylwia **Byczuk** (Warszawa), Małgorzata **Mazur** (Kielce). Fundatorem nagród jest Wydawnictwo Lekarskie PZWL, www.pzwl.pl. Nagrody prześlemy pocztą.

WYDAWCA



Naczelna Rada Lekarska

Dla członków izb lekarskich bezpłatnie

Nakład: 181 000 tegz.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skład i opracowanie graficzne
Montownia/Teresa Urawska

Druk
Walstead Central Europe

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

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

