



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Październik 2021

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 298

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



zdj. Janusz Lewandowski

BEZIMIENNA

Jak długo można tak stać? Hafty się prują, gorset wpija się w ciało, nie pozwala oddychać. Od tyłu lat nie zrobiła najmniejszego ruchu; niechby przynajmniej rozpuściła włosy, westchnęła albo zatoczyła się w tył. Nic. Już nawet nie patrzy na widza. Może nadal czeka na malarza, który ją stworzył i przepadł? Nie dał jej nawet imienia: Portret damy – podpisał obraz.

A tyle było wspólnych chwil, tyle rozmów przy świecach, jakieś plany, krzesło, obrus i kamień znad morza w kształcie wieloryba. Po mężczyźnie został tylko pies.

– Sportretuję cię z Afikiem – oznajmił w pewien duszny, parny poranek. – Zawołaj znajde, zawsze się płacze pod nogami, a dziś przepadł.

– Tylko go podrasuj, nie chcę kundla na obrazie – poprosiła.

Pchlarz wlepił w nią ślepią, pomierdał ogonem, wygładził sierść jęzorem. Chciał się przecież podobać. – Siedzę na stole – warknął nieśmiało. – Gdyby tak przyszedł sąsiad z dobermanem – rozmarzył się i w tym rozmarzeniu, w tym nastroju błogim oblizwał kawał pyska, wyliniały brzuch i cienkie łapy.

Wcześniej na amarantowym table de nuit z intarsjami stał telefon – ostatni krzyk mody, podobny do czarnej, geometrycznej ropuchy z finezyjną słuchawką na głowie. Malarz bardzo się zmienił odkąd go kupił, ciągle do kogoś dzwonił, także późno w nocy, to pokrzykiwał, to szeptał, pochylał się nad cyferblatem, strzepywał niewidzialny pył z widełek, wycierał do błysku i bawił się kablem, jak puklem włosów. O czworonogu całkiem zapomniał. Skończyły się spacer i wieczorne igraszki, mycie w wannie i wyczesywanie. Pewnego dnia – to nie do wiary! – miskę ozdobioną walczącymi siewkami zastąpił stary, przypalony garnek z odprysniętą emalią.

W pewną sobotę, gdzieś koło południa, pani schowała telefon do szafy.

Tamtego dnia malarz zapalił papierosa, zaciągnął się, wstrzymał oddech, po chwili wypuścił dym i patrzył, jak fałdy smogu kołują nad głową, jak się leniwie rozciągają pod sufitem i zamierają krechą przy lufciku. Znów się sztachnął. Zgniół niedopałek, ale nie wrzucił go do popielniczki. Położył na stosie przygotowanym do jakiegoś rytualnego podpalenia. Przyniósł paletę, pomieszał farby, te szlachetne i mniej szlachetne. – W życiu też się wszystko miesza – zaszepotał tak cicho, żeby nie dosłyszała. Ona tymczasem przyciągnęła parawan: japoński, jedwabny, cały w chińskich różach i słowikach.

Władysław Skoczylas (1883–1934) namalował ją starannie, nie to co tych swoich Janosików i zbójców: kilka grubych kresek, wyrazisty kolor i portret gotowy. Zanurzył ją w rembrandtowskim *avant la lettre* świetle. Kobieta nie rozmywa się w tym świetle, przeciwnie, ono ją buduje, oddziela od podobrazia, znaczy policzki, skronie i wystający podbródek.

Można się rozpisać o jej brwiach, ustach, meszku nad górną wargą, zwrócić uwagę na dekolt i cienką talię. Można wpaść w zachwyt nad gładkością skóry i krągłością ramion, napomknąć coś o szyi, policzyć cyrkonie w pierścion-

ku i odszyfrować łacińskie nazwy kwiatów tworzących deseń sukni.

Ale można w tej opowieści zgubić ulotność, czuć chwilę przy sztaludze, jego: odchodzę i jej łzę spod współprzymkniętych powiek.

* * *

Portret damy (1907) – bezimiennej, więc może być jedną z wielu i tą wybraną. Baronową, kuzynką Bietką, pomywaczką. Może być uparta, bystra, leniwa, ufna, zadufana, zepsuta i nadobnie czysta – niech sobie widz wybiera. Odważna albo lękliwa, z niejednego pieca chleb jadła, boso szła przez świat, piechotą do nieba i z powrotem, lub gdzie jej tam! nosa za drzwi nie wyściubi. Nigdy przed ślubem lub po ślubie niewiele, sto lat samotności czy otoczona tłumem wielbicieli. Trzpiotka, a czyta Immanuela Kanta, wali bez pardonu albo trzy razy pomyśli, zanim coś powie, obraca w palcach każdą złotówkę lub nie dba o pieniądze. Może być była, obecną, nieosiągalną. Każdą.

Portret damy można zobaczyć w Muzeum Śląska Opolskiego

Agnieszka KANIA



Władysław Skoczylas *Portret damy*, 1907 olej na płótnie

OD REDAKCJI



Miniony miesiąc, to czas jednogłośniego protestu wszystkich (!!!) środowisk ochrony zdrowia. 11 września przez Warszawę przeszła wielka manifestacja przedstawicieli wszystkich za-

wodów medycznych – po raz pierwszy tak zjednoczonych – domagających się natychmiastowej poprawy finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, poprawy warunków pracy i płacy wszystkich tych, którzy zaangażowani są w ochronę zdrowia Polaków. Pod Urzędem rady Ministrów rozbito „Białe Miasteczko 2.0”. Ponieważ pisze te słowa dosłownie tuż po zakończeniu marszu nie jestem zupełnie w stanie napisać, czy ten protest wywołał jakąkolwiek (poza agresją) reakcję ze strony rządu i prorządowych mediów. Wy, czytając te słowa będziecie już bogatsi o informacje i komentarze po jego zakończeniu.

Cóż niestety jestem raczej pesymistą i myślę, że poza wrzawą wokół zarobków lekarzy (jak zwykle z podawaniem jednostkowych przypadków naszych Koleżanek lub Kolegów zarabiających bardzo dobrze) skończy się na gorących zapewnieniach o „pełnym zaangażowaniu rządzących w proces naprawy opieki zdrowotnej” i „wyraźnym zwiększeniu finansowania” zdrowia. Gdzieś tam w głębi duszy chciałbym jednak się mylić. Zobaczymy.

Kolejny numer Biuletynu w znacznej części kręci się – co zresztą chyba zrozumiałe – wokół pandemii COVID-19 i wielu aspektów jej następstw, zarówno społecznych, jak i finansowych. Zapraszam więc do lektury.

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki! Koledzy!

W najnowszym wydaniu Biuletynu Informacyjnego Opolskiej Izby Lekarskiej znajdziecie fotoreportaż z 11 września 2021 r. z dnia, w którym odbył się protest pracowników ochrony zdrowia, z moim krótkim komentarzem tego wydarzenia. Jak obecnie podają media, protest zgromadził około 30 tysięcy uczestników i był największym w historii protestem pracowników wszystkich zawodów ochrony zdrowia. Gdy piszę te słowa, tuż po proteście, wiem, że Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy cały czas liczy na prawdziwy dialog. Nie interesują go pozorowane dialogi w wykonaniu Ministra Zdrowia. Białe Miasteczko 2.0., jak pisze Komitet w liście do Prezydenta RP „to widoczny znak naszej determinacji i braku zgody na bagatelizowanie problemów przez Ministra

Zdrowia”. Białe Miasteczko 2.0., to także działanie mające celu uświadomić społeczeństwu w jak złej kondycji jest polska ochrona zdrowia i kto faktycznie za ten stan rzeczy odpowiada. Od urodzenia jestem optymistką i teraz też chcę wierzyć, że w momencie, gdy otrzymacie ten numer Biuletynu do domów, prawdziwe rozmowy będą miały miejsce.

Apeluję także do Was (tekst apelu w środku Biuletynu), Koleżanki i Koledzy, byście zgłaszali kandydatów na delegatów na przyszłoroczny Okręgowy Zjazd Lekarzy IX kadencji. Potrzeba chwili jest taka, że każdemu, któremu los naszej korporacji leży na sercu, powinien włączyć się w te działania. Czasy są trudne i coraz trudniejsze, przybywa ciągle zadań i pracy, ale bez wspólnego działania, bez wiary w lepsze jutro, niewiele da się zrobić.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 18 sierpnia 2021 r. odbyło się kolejne spotkanie Okręgowej Rady Lekarskiej, która obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o wydanie PWZ w związku z przeniesieniem z OIL w Krakowie złożyła lek. Szewczyk Anna – uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie PWZ na określony zakres czynności zawodowych złożyła lek. Belaya Iryna, obywatelka Białorusi, która ukończyła Homelski Państwowy Uniwersytet Medyczny (przyszłe miejsce zatrudnienia w Powiatowym Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku) - uchwałę podjęto przy 1 głosie wstrzymującym się.

Wniosek o wydanie warunkowego PWZ złożyła lek. Tomiuk-Denysova Anastasiia, obywatelka Ukrainy, która ukończyła Charkowski Narodowy Uniwersytet Medyczny w Charkowie - uchwałę podjęto przy 2 głosach wstrzymującym się.

Prezes Szpitala Wojewódzkiego w Opolu Sp. z o.o. Renata Ruman-Dzido skierowała do ORL pismo, w którym poinformowała, że lek. Roman Kolek ukończył - zgodnie z obowiązującymi nowymi przepisami - wymagany okres szkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu lekarza.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów

Firma „MedicaRescue Łukasz Szymczyszyn” z Kędzierzyna-Koźła, zarejestrowana w naszej Izbie, która prowadzi szkolenia dla lekarzy dentystów złożyła wniosek o zmianę wpisu do rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie lekarzy i lekarzy dentystów i o przyznanie punktów edukacyjnych. Szkolenia podyplomowe dla lekarzy dentystów przeprowadzone będą w Ostrowie Wlk. (Wielkopolska Izba Lekarska) oraz w Gdańsku i Gdyni (Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku). Za każde szkolenie przysługuje 9 pkt. edukacyjnych - uchwały podjęto jednogłośnie.

Firma NUTRIKON Sp. z o.o. przeprowadzi w październiku i listopadzie 2021 r. na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej warsztaty szkoleniowe z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej (kierownik szkoleń dr n. med. Krasowski Grzegorz). Za szkolenie w październiku przyznano 5 pkt. edukacyjnych, a za szkolenie w listopadzie przyznano 14,5 pkt. edukacyjnych. Uchwały podjęto jednogłośnie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła wnioski o wykreślenie jednej indywidualnej praktyki lekarskiej z powodu zgonu lekarza oraz osiem wniosków z powodu zaprzestania wykony-

wania działalności leczniczej. Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Wnioski o zapomogi złożyło dwoje lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Lek. Kabata Jakub złożył wniosek o dofinansowanie swego udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Biegu Alpejskim organizowanym przez Dolnośląską Izbę Lekarską. W głosowaniu: 6 głosów przeciw, 5 głosów za dofinansowaniem - w związku z powyższym dofinansowania nie przyznano.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyła trójka lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Opolu wystąpił o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowych na stanowiska Naczelnej Pielęgniarki i Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurochirurgii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Medycznej. Prezydium zaproponowało kandydaturę kol. Jerzego Jakubiszyna - uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Dyrektor ZOZ w Nysie wystąpił o wyznaczenie przedstawiciela ORL do komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych: Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Klinicznym Chirurgii Naczyniowej. Rada zaproponowała kandydaturę kol. Adama Bąka. Uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Podjęcie Uchwały w sprawie liczby mandatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy IX Kadencji

Okręgowa Komisja Wyborcza ustaliła liczbę mandatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej kadencji 2022-2026 w liczbie 163 - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL w dniach 24.06.2021 r. i 05.08.2021 r. oraz z posiedzenia NRL w dniu 25.06.2021 r.

Podczas Konwentu 24.06.2021r. najistotniejszymi poruszonymi problemami były:

- Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej zgłosił uwagi do pracy radców prawnych NIL dotyczących braku przepływu ważnych dla OIL informacji.

- Prezes OIL w Płocku poinformował, że szwankuje także przebieg informacji pomiędzy działaniami NIL a izbami okręgowymi.

- Prezes NRL Andrzej Matyja, obecny na Konwencie, zwrócił uwagę na brak współpracy i utrudnienia w kontaktach z Ministerstwem Zdrowia oraz poinformował, że dzieci zmarłych lekarzy z powodu zakażenia COVID-19 będą otrzymywały miesięcznie 2000 zł do ukończenia 25 r. życia. Poinformował także, że sprawa skargi Ministra Zdrowia na uchwałę NRL w sprawie zatrudniania lekarzy spoza Unii trafiła do Sądu Najwyższego.

W spotkaniu Rady Naczelnej w dniu 25.06.2021 r. uczestniczył dr n. med. Paweł Grzesiowski – ekspert NRL, który przedstawił ocenę sytuacji służby zdrowia w okresie pandemii.

- Kol. Maciej Hamankiewicz zwrócił uwagę na konieczność przedstawienia problemów etycznych związanych z nowelizacją Kodeksu Etyki Lekarskiej.

- Prezes NRL uznał, że na każdym posiedzeniu NRL może być omawiane jedno zagadnienie, wymagające zmian.

Ponadto podjęto uchwały m.in.:

- w sprawie przeznaczenia środków na remont siedziby NIL;

- w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego i zatwierdzenia wykonania budżetu oraz przeznaczenia zysku NIL za rok 2020;

- w sprawie przyznania stypendiów NRL;

- w sprawie utworzenia Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego;

- w sprawie zwołania XV Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Dodatkowo przyjęto kilka apeli i stanowisk – do zapoznania się na stronie NIL.

W posiedzeniu on-line Konwentu w dniu 05.08.2021 r. uczestniczył Prezes NRL Andrzej Matyja i Wiceprezes NRL Artur Drobnia. Całość spotkania poświęcona była problematyce protestu pracowników ochrony zdrowia, który będzie miał miejsce w Warszawie w dniu 11 września 2021 r. - Prezesi ORL poparli przeprowadzenie protestu.

Organizatorem wyjazdu członków OIL w Opolu do Warszawy jest kol. Kinga Szczepańska. Szczegółowe informacje zamieszczone są na stronach NIL i OIL w Opolu.

Sprawy różne i wolne wnioski

Dr n. med. Motak-Pochrzęst Hanna, Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich złożyła wniosek o powołanie komisji ds. oceny stanu zdrowia i możliwości wykonywania zawodu lekarza w stosunku do jednego lekarza w związku z podejrzeniem zaistnienia niezdolności do wykonywania zawodu. Rada Lekarska zaproponowała

powołanie Komisji do oceny stanu zdrowia i wykonywania zawodu przez w/w lekarza w składzie:

Przewodniczący: Stanisław Kowarzyk – specjalista chorób wewnętrznych, specjalista endokrynolog;

członkowie: Marta Wolniak - specjalista psychiatra, Izolda Świstun - specjalista psychiatra oraz Elżbieta Sadowska - specjalista psychiatra. Uchwałę podjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Przewodniczący Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rentistów, dr n. med. Tadeusz Chowaniec złożył wniosek o wpisanie na listę członków Komisji lek. Krystynę Bigdę-Hołubowicz.

Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy, lek. Jacek Chelchowski złożył wniosek o wpisanie na listę członków Komisji lek. Kingę Szczepańską. Uchwały w obu tych sprawach podjęto jednogłośnie.

Kol. Marek Błaszczuk złożył do ORL wnioski:

- o przesunięcie niewykorzystanych środków w związku z Festiwałem Eskulap Rock w Olsztynie na organizację koncertu w Starym Domu w Domecku w dniu 24.09.2021 r. w ramach akcji „Doktory grają, doktory szczepią”,

- o dodatkowe dofinansowanie tego wydarzenia kwotą 2000 zł.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Przewodniczący Komisji Młodych Lekarzy złożył do Rady pismo z postulatami młodych lekarzy, którzy wnoszą m.in. o:

- zorganizowanie opieki psychologicznej dla lekarzy,
- organizację szkoleń dotyczącą dokumentacji medycznej oraz problemów prawnych,

- dostęp do szczegółowych informacji związanych z możliwością uzyskania dofinansowania do szkoleń specjalizacyjnych, zapomogi z Funduszu Samopomocy itp.

- rozwiązanie problemu legitymacji lekarskich.

Przewodniczący Komisji został poinformowany, że większość postulatów jest realizowana, lekarze na spotkaniu z okazji wręczenia PWZ mają przekazane wszystkie najważniejsze informacje, a na bieżąco wszystko jest zamieszczone na stronie internetowej Izby i w Biuletynie Informacyjnym OIL.

Rada powołała zespół do rozwiązania problemów związanych z wydrukiem legitymacji lekarskich (wstrzymane były one z powodu wejścia w życie przepisów RODO i pandemii). Komisję powołano w składzie: Jerzy Jakubiszyn, Adam Bąk i Wiesław Latała. Zespół przekaże swoje ustalenia na posiedzeniu ORL we wrześniu. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wobec wyczerpania programu obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Koleżanki! Koledzy!

11 września tego roku odbył się w Warszawie protest pracowników ochrony zdrowia. Był to protest wszystkich, ale to absolutnie wszystkich, którzy tworzą całość pod nazwą ochrona zdrowia. Było nas naprawdę dużo, w ocenie mojej i innych - jakieś kilkanaście tysięcy osób. Ruszyliśmy o godzinie 12.00 z Placu Krasińskich, wzdłuż ulicy Miodowej do Ministerstwa Zdrowia, potem był Pałac Prezydencki na Krakowskim Przedmieściu, Parlament RP na Wiejskiej i Kancelaria Prezesa Rady Ministrów w Alejach Ujazdowskich.

Ruszyliśmy pod bardzo znamienne hasłem, podanym przez Przewodniczącą Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego: „Publiczna ochrona zdrowia kona! Wyleczcie albo dobijcie!”. Atmosfera była naprawdę gorąca, a pogoda nam sprzyjała. Na transparentach, plan-szach czy banerach przewijały się nasze główne żądania:

- Natychmiastowa zmiana ustawy o wynagrodzeniach;

• Natychmiastowe zrównanie wynagrodzeń medyków do średniej Unii Europejskiej;

• Rządzie! Płać realnie za leczenie, a nie po przecenie!

• Nie róbcie z medyków urzędników – stop biurokracji!

• Nie ma medyków - nie ma leczenia. Same łóżka nie leczą!

• Pacjencie, chcemy żebyś był bezpieczny! Bezpieczeństwo medyka = bezpieczeństwo pacjenta.

Wiem, że nie wszyscy mogli w nim uczestniczyć, ale trzeba wierzyć, że w jedności siła! To, co zaskoczyło wszystkich, nie tylko mnie, to reakcja naszego społeczeństwa. Bili nam brawo, machali do nas, trzymali w rękach kartki z napisem: „Wspieram medyków”.

Popatrzcie na to, co się działo, może nie wszystko stracone....

PS. Białe Miasteczko 2.0 mimo wielkich - początkowo - utrudnień zaczęło istnieć i działać!

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Prezes ORL w Opolu



NADCHODZĄ WYBORY!!

Koleżanki i Koledzy,

Nadszedł czas na zgłaszanie kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy IX kadencji. Trzeba to zrobić do 15 października. Karty zgłoszenia kandydata również do pobrania poniżej. W wyborach w rejonach wyborczych można zgłosić się samemu, ale cały wniosek trzeba wypełnić. Wypełniony i podpisany wniosek można wysłać pocztą lub faxem. Można go też zeskanować i wysłać mailem. Jeszcze raz przypominam o dacie 15 października. Do tego czasu wniosek musi znaleźć się w biurze Izby.

Zwracam się z prośbą o aktywność w poszukiwaniu osób, które zdecydują się na działanie na rzecz naszego wspólnego dobra. Nadmiar kandydatów na pewno problemem nie będzie. Bardzo źle natomiast by się stało, gdyby mandaty pozostały nieobsadzone.

W obecnie sytuacji w ochronie zdrowia niezwykle istotny jest mocny głos Samorządu Lekarskiego. Potrzebujemy, aby reprezentowali nas Koleżanki i Koledzy od-

ważni, zdecydowani i otwarci. Mile widziani są młodzi lekarze. Oni zapewnią w przyszłości wymianę kadr w strukturach Samorządu Lekarskiego, która nieuchronnie musi kiedyś nastąpić. Niezbędni są też kandydaci starsi z doświadczeniem medycznym i organizacyjnym. Liczę również na Was - Delegatów, że kontynuować będziecie pracę w Samorządzie. Wasze doświadczenie jest bezcenne. Nasz Samorząd będzie taki, jakim sami go stworzymy.

Apeluję, aby zadbanie o pełną reprezentację kandydatów na delegatów z Waszych rejonów wyborczych, stało się dla Was kwestią ambicjonalną.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Prezes ORL w Opolu

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Od Redakcji - druk zgłoszenia kandydata na delegata znajdziecie Państwo w poprzednim numerze Biuletynu lub na stronie internetowej naszej Izby.

HISTORIA POWSTANIA PRZEKLEŃSTWA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKI – LIBERUM VETA



Wg większości historyków, do upadku Rzeczypospolitej przyczynili się nie tylko nasi odwieczni wrogowie, ale również przekleństwo liberum veto. Jaka jest więc geneza jego powstania?

Otóż w marcu 1652 r. odbywał się w Warszawie tzw. „Sejm Zimowy”. Wg ustaleń nie mógł on trwać dłużej niż sześć tygodni. Niestety dwa dni przed jego zakończeniem doszło do bójki (co często się wówczas zdarzało) pomiędzy dworzanami hetmana Janusza Radziwiłła (znanego z okresu „Potopu” szwedzkiego) i posła Jana Działyńskiego z Prus Królewskich. Były ofiary śmiertelne. W tej sytuacji kanclerz Andrzej Leszczyński zaproponował przedłużenie obrad sejmowych o jeden dzień. I wówczas poseł Władysław Siciński z miasta Upita (na Litwie) związany z dworem Janusza Radziwiłła głośno sprzeciwił się kontynuacji obrad rzucając słynne słowa „liberum veto” i natychmiast opuścił salę sejmową.

Prowadzący obrady Marszałek Sejmu Andrzej Fredro mógł ten protest zignorować, ale stwierdził, że wolność wymaga, aby wszystkie decyzje sejmowe zapadały

jednomyślnie. Mógł tego dokonać, bowiem Władysław Siciński był znanym krętaczem i awanturnikiem. Dlatego też za wprowadzenie liberum veto do porządku prawnego Rzeczypospolitej bardziej od Sicińskiego odpowiada Marszałek Andrzej Fredro.

Władysław Siciński opuścił Warszawę, wyjechał na Litwę i już nigdy w Warszawie się nie pojawił. Zmarł w roku 1672 i został pochowany w kościele w rodzinnej Upicie. Jego z mumifikowane, w dobrym stanie ciało było przechowywane w szafie w kościele latami i było wielką atrakcją turystyczną, czego dowodem jest fakt, że oglądał je Adam Mickiewicz.

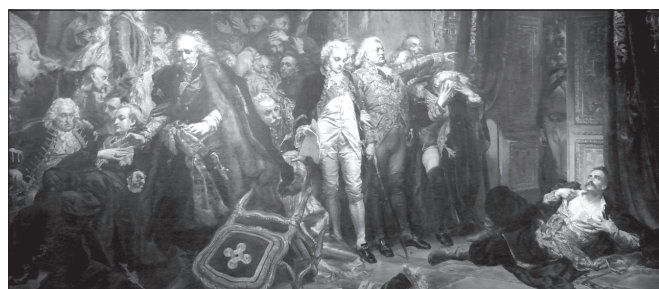
Od roku 1562 zerwano pięćdziesiąt trzy sejmy. Przeciętnie był to co drugi, zaś za czasów panowania Sasów (August II Mocny, August III) - wszystkie sejmy. Za tym przykładem zrywano sejmiki powiatowe i wojewódzkie.

Szybko liberum veto stało się narzędziem w rękach naszych wrogów - zwłaszcza Rosjan i Prus, którzy za pieniądze przekupywali posłów, co pozwalało im ingerować w wewnętrzne sprawy Polski.

Z historią liberum veto związana jest postać wielkiego patrioty Tadeusza Reytana, który podczas sejmiku w roku 1773, mającego zatwierdzić pierwszy rozbiór Polski zablokował swoim ciałem wyjście z sali obrad (słynny obraz Jana Matejki).

Ostatecznie liberum veto zostało zniesione przez Konstytucję 3 Maja. Tak więc można przyjąć, że upadek Rzeczypospolitej spowodowany był „złotą wolnością” - przede wszystkim szlachty wymagającej jednomyślności nawet w ważnych decyzjach państwowych.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



Rejtan – Upadek Polski (obraz Jana Matejki)

KRAJOWY PLAN ODBUDOWY. CO ZAKŁADA W ZAKRESIE CYFRYZACJI I OCHRONY ZDROWIA?

Krajowy Plan Odbudowy (KPO) zakłada rewitalizację gospodarki po pandemii COVID-19 oraz zwiększenie odporności na przyszłe kryzysy. Na jego realizację, Polska otrzyma od Unii Europejskiej 58,1 mld euro w formie bezzwrotnego grantu oraz pożyczkę w kwocie 12,1 mld euro. Plan inwestycyjny realizowany będzie do sierpnia 2026 roku, koncentrując się na 6 obszarach, w tym transformacji cyfrowej oraz wzmacnianiu efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia. Co zakłada w tym zakresie 495-stronicowy dokument?

Po co KPO?

Pandemia mocno odcisnęła się na krajowej gospodarce, a jej skutki - i zaciągnięty dług publiczny - będą odczuwalne przez kolejne lata. Została zaburzona działalność wielu branż i sektorów, zmniejszył się popyt i inwestycje, obniżył PKB, wystąpiły ograniczenia w dostępie do usług medycznych. Pandemia obnażyła słabości strukturalne gospodarki, jej bardzo niski poziom innowacyjności i cyfryzacji w stosunku do średniej UE, niekorzystne zmiany demograficzne (rynek starzejącego się społeczeństwa), nie mówiąc o tak dużych wyzwaniach jak zależność od węgla (jego udział w miksie elektroenergetycznym wynosi 72%, 36 z 50 najbardziej zanieczyszczonych miast w UE stanowią polskie miasta).

13,2% ludności Polski nigdy nie korzystało z internetu, a niemal połowa społeczeństwa nie posiada nawet podstawowych umiejętności cyfrowych (znacznie poniżej średniej UE), 60% przedsiębiorstw charakteryzuje się niskim poziomem cyfryzacji, ponad 35% gospodarstw domowych w Polsce nie może korzystać z usług dostępu do internetu o przepustowości co najmniej 100 Mb/s, a aż 25% - z usług o przepustowości co najmniej 30 Mb/s. Brakuje sprzętu komputerowego w szkołach i niektórych szpitalach.

W ochronie zdrowia wymienia się znane od dawna problemy: ograniczony dostęp do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i wiążący się z tym długi czas oczekiwania, braki kadrowe, słaby stan infrastruktury podmiotów leczniczych i braki w zakresie nowoczesnego sprzętu diagnostycznego, niski poziom finansowania ochrony zdrowia, niski poziom digitalizacji.

O jakich pieniądzach mowa?

Na cel „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” (komponent D) przeznaczono łącznie 4,1 mld euro z części grantowej i 450 mln euro z części pożyczkowej (łącznie 4,5 mld euro), co stanowi 12,6% wszystkich inwestycji w ramach KPO. Z kolei na część „Transformacja Cyfrowa” (komponent C) - 2,797 mld euro z części

grantowej i 2,100 mld euro z części pożyczkowej (łącznie 4,897 mld euro), co stanowi 13,6% środków planowanych do wydatkowania w ramach KPO. Mówimy o perspektywie 2021-2026, a więc 5 latach. Zakładając, że wydatki budżetu ochrony zdrowia w 2021 roku zaplanowane zostały na poziomie 11 mld zł i uwzględniając dodatkowe pieniądze z komponentu D, można się spodziewać zasilenia budżetu na zdrowie na poziomie ok. 13%. Oczywiście, o ile te środki zostaną racjonalnie wydatkowane.

Założenia dotyczące transformacji cyfrowej

Środki uzyskane na KPO mają w tym obszarze za zadanie m.in. zwiększenie odsetka gospodarstw domowych posiadających dostęp do wysokoprzepustowego internetu. Do 2026 odsetek osób korzystających z internetu w kontaktach z administracją publiczną powinien wzrosnąć do 60%, z 42% w 2020 r.

W ramach kluczowych zadań wyodrębniono:

- Usunięcie przeszkód prawnych, administracyjnych i organizacyjnych, które utrudniają powszechny dostęp do szybkiego internetu - rozwój infrastruktury sieciowej. W celu zwiększenia skali zastosowań rozwiązań cyfrowych w sferze publicznej, gospodarce i społeczeństwie planowana jest m.in. zmiana ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

- Stymulacja wzrostu poziomu kompetencji cyfrowych (e-kompetencje) i przystosowanie szkolnictwa do wyzwań związanych z transformacją cyfrową: wprowadzenie standardów wyposażenia szkół w infrastrukturę cyfrową, polityka cyfryzacji obszaru edukacji.

- Zwiększenie cyberbezpieczeństwa systemów informacyjnych i wzmocnienie infrastruktury przetwarzania danych oraz optymalizacja infrastruktury służb państwowych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo.

Choć obszar digitalizacji skupia się na administracji państwowej i szkolnictwie, obejmuje one też obszar zdrowia. Planuje się rozszerzenie wachlarza usług elektronicznych, w tym zwiększenie wykorzystania przełomowych technologii i dalszy rozwój e-zdrowia. Realizacja tego celu będzie się odbywać poprzez zakup sprzętu, wdrażanie rozwiązań cyfrowych oraz rozwijanie kompetencji personelu. Efektem ma być rozszerzenie dostępu do usług medycznych, obniżenie kosztów działalności oraz usprawnienie zarządzania w całym sektorze zdrowia. Planowane jest m.in: uruchomienie dodatkowych centralnych usług cyfrowych oraz objęcie 60% dokumentacji medycznej formą elektroniczną.

Dodatkowo, w ramach filaru III „inteligentny, zrównoważony wzrost sprzyjający włączeniu społecznemu, w tym spójność gospodarcza, miejsca pracy, produktywność, konkurencyjność, badania naukowe, rozwój i innowacje, a także dobrze funkcjonujący rynek wewnętrzny z silnymi MŚP” zakłada się wzmocnienie mechanizmów współpracy pomiędzy sektorem nauki oraz przemysłem, opracowanie modelu skutecznej współpracy nauka - nauka i nauka - biznes wspierającej rozwój i upowszechnienie innowacji, przyspieszenie procesów robotyzacji, cyfryzacji i innowacji; rozwój systemu bodźców wzmacniających zainteresowanie tworzeniem i wdrażaniem przełomowych technologii i innowacji w sektorze przedsiębiorstw.

Czego można się spodziewać w ochronie zdrowia?

Działania w obszarze sektora zdrowia mają na celu podwyższenie jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz zwiększenie dostępu do usług medycznych. W krótszej perspektywie czasowej - zapewnienie dostępu do usług wszystkim osobom chorym i narażonym na zagrożenia medyczne wynikające z pandemii COVID-19.

Jakie działania zostały uwzględnione?

- Rozwój Map Potrzeb Zdrowotnych. Na ich podstawie prowadzone będą inwestycje związane z modernizacją bazy podmiotów leczniczych, uwzględniające trendy demograficzne i epidemiologiczne, oraz zróżnicowanie w dostępie do usług zdrowotnych na poziomie regionalnym.

- Wzmocnienie podstaw funkcjonowania i finansowania systemu ochrony zdrowia.

- Reforma i restrukturyzacja sektora szpitalnictwa w Polsce. Obejme ona restrukturyzację szpitali publicznych, w tym sposobów finansowania inwestycji, poprawę jakości zarządzania szpitalami publicznymi oraz reorganizację systemu leczenia szpitalnego.

- Reforma opieki onkologicznej w Polsce. Priorytetem jest zapewnienie, aby każdy pacjent, niezależnie od miejsca zamieszkania otrzymywał opiekę onkologiczną opartą o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne, czyli jednolicie zdefiniowane ścieżki, a system elastycznie odpowiadał na ich potrzeby.

- Reorganizacja Infrastruktury Strategicznej w ochronie zdrowia i podmiotów leczniczych

- Wzmocnienie roli Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

- Wsparcie polskiego potencjału badawczego i rozwojowego w obszarze nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

- Stworzenie odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej.

Kontynuowana będzie reforma zmierzająca do transformacji cyfrowej systemu ochrony zdrowia obejmująca m.in. rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, w tym m.in. stworzenie Centralnego Repozytorium Danych Medycznych, rozwój wymiany EDM, rozwój i wdrażanie narzędzi informatycznych wspomagających pracę lekarza, stworzenie rozwiązań telemedycznych i ich integracja z dostępnymi usługami e-zdrowia, rozwój kompetencji cyfrowych kadr medycznych, cyfryzacja procesów ochrony epidemiologicznej, rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia.

KPO zakłada też działania związane z udostępnieniem szerokiego zakresu usług publicznych drogą elektroniczną, z wykorzystaniem ustandaryzowanych, interoperacyjnych i horyzontalnych rozwiązań informatycznych. Według autorów, trwają też prace nad przygotowaniem Strategii e-zdrowia, która będzie wyznaczała kierunki transformacji cyfrowej.

(przedruk z „OSOZ” nr 7/21)

PRZED NAMI TRUDNE SCENARIUSZE

Na oficjalnej liście Światowej Organizacji Zdrowia jest dziesięć wariantów SARS-CoV-2. Trzy fale pandemii mamy za sobą. Co do czwartej eksperci – wirusolodzy nie mają wątpliwości. Ona nadejdzie, rzecz w tym, że dokładnie nie wiadomo kiedy i w jakiej skali. W tym kontekście bez wahania mówią: warto się zaszczepić. Nie zapewnimy sobie w ten sposób „nietykalności” wirusa, ale jeżeli już nas dotknie, to przebieg choroby będzie łagodny. Pierwsze badania w różnych krajach wyraźnie wskazują na wysoką odporność osób, które odbyły pełny cykl szczepień.

W Polsce w pełni zaszczepionych jest ponad 18 mln osób. Przebyliśmy drogę, która niespodziewanie się urwała. Najpierw brakowało terminów, szczepionek, potem był okres względnej równowagi, nawet komfortu co do wyboru preparatu, miejsca i czasu jego aplikacji. Nie bez przyczyny prognozowano zatem rychłe uzyskanie odporności populacyjnej. Optymizm wnet zakłócają informacje o gwałtownym spadku liczby szczepień, o rezygnacjach z drugiej dawki.

Słowo „antyszczepionkowcy” coraz częściej dociera do nas z różnych stron i z różną siłą. Z czasem dochodzi nawet do fizycznej napaści na medyków, do podpalenia punktu szczepień, kierowania grózb karalnych pod adresem lekarzy i pielęgniarek. Aż chce się zawołać: nie do wiary! A jednak. I nie są to bynajmniej jakieś pojedyncze przypadki.

Druga informacja, która zakłóca wcześniejszy optymizm, pochodzi od ekspertów z zespołu ds. COVID-19 przy prezie PAN. Pod koniec czerwca ogłosili oni, że we wrześniu wariant Delta stanie się w Polsce większością, a to może skutkować koniecznością ponownego lockdownu. „To od nas zależy, jak wysoka będzie czwarta fala i czy sparaliżuje ona system ochrony zdrowia. Dlatego obecne uspokojenie sytuacji nie powinno osłabiać naszej czujności” – napisali m.in. w swoim apelu. Wnet dowiadujemy się, że...

...mieli rację

Z tym, że już w połowie sierpnia w niektórych rejonach Delta stanowiła nawet 90% notowanych zakażeń. Coraz czę-





ściej słyszymy w tej sytuacji, że z czasem obostrzenia będą nieuniknione. Oficjalnie mówi się już wprost, że rząd pracuje nad ich scenariuszem, że mogą one być wprowadzane regionalnie. W pierwszej kolejności wskazuje się przy tym na województwa o najniższym wskaźniku całkowitych wyszczepień: podkarpackie, podlaskie, lubelskie. Minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiedział, że jeśli dzienna liczba nowych przypadków zachorowań na COVID-19 w skali kraju przekroczy tysiąc, obostrzenia będą sukcesywnie wprowadzane. Tym bardziej że, jak się okazuje, Delta atakuje głównie osoby niezaszczepione. Nie dziwią zatem informacje, że wzorem innych europejskich krajów i u nas rozważane są opcje ograniczające ich dostęp do niektórych elementów codzienności. Chcemy, aby pracodawcy mogli wiedzieć, który z pracowników jest zaszczepiony przeciw COVID-19 – informuje wiceminister zdrowia Waldemar Kraska. Projekt w tej sprawie jest już przygotowany, a resort zdrowia chce, aby był procedowany na najbliższym posiedzeniu Sejmu. Lista miałaby mieć formę elektroniczną. W mediach znajdujemy sugestie, aby od niezaszczepionych wymagać testowania. Można oczekiwać, że wraz z przyrostem liczby zakażeń takich wiadomości będziemy otrzymywać więcej. A słyhać, że każda metoda, która spowoduje, że większa liczba Polaków się zaszczepi, jest metodą dobrą, ponieważ jest to jedyna droga do wyjścia z pandemii.

Utrzymana zostaje gwarancja, że do końca września 2021 r. szczepionki będą bezpłatne. Nie mówi się o wysokości odpłatności, jednak wskazuje przy tym, że NFZ płaci przychodniom 60 zł za pojedyncze szczepienie.

Nikt z nas nie jest alfą i omegą, ale musimy szykować się na trudne scenariusze – mówi premier Mateusz Morawiecki. Są analizy, które wskazują nawet kilkanaście tysięcy zachorowań jesienią. To jest zarazem odpowiedź na pytanie: dlaczego nadal utrzymywane są w stanie gotowości niektóre szpitale tymczasowe? Premier zaapelował też: Przezorny zawsze zaszczepiony. Mamy szczepionki, szczepmy się. Przywołał w tym miejscu wypowiedź dr. Anthony'ego Fauciego, głównego epidemiologa USA, który ujawnił, że w Stanach Zjednoczonych ponad 99% nowych zgonów na COVID-19 dotyczy osób niezaszczepionych.

Te i inne apele zderzają się ze stanem, nazwałbym go, samouspokojenia. W różnych miejscach i środowiskach obserwujemy 3 x B: brak dystansu, brak maseczek w zamkniętych pomieszczeniach, brak dezynfekcji rąk. Na tym tle dochodzi też do konfliktów, agresywnych zachowań. Rośnie społeczna presja na zdecydowane działania instytucji państwa, zapewnienie ochrony tym, którzy zawodowo uczestniczą w Narodowym Programie Szczepień i tym, którzy zdecydowali się zeń skorzystać.

Trzecia szczepionka?

Przedstawiciele koncernu Pfizer oświadczyli, że wnet podadzą do wiadomości szczegóły badań i testów trzeciej dawki szczepionki przeciw koronawirusowi, którą nazwali „booster”. Gwarantują zarazem, że już dwie dawki tego szczepionki umożliwiają nabycie stuprocentowej od-

porności przeciw wirusowi, ale zarazem nie wykluczają, że być może nowe warianty koronawirusa (w tym Delta) będą wymagały trzeciej dawki. Trzecia dawka szczepionki ma zwiększyć liczbę przeciwciał w organizmie zaszczepionej osoby pięcio-, a nawet dziesięciokrotnie.

RMF FM informuje, że Ministerstwo Zdrowia poważnie rozważa podawanie dodatkowej dawki jedynie wąskiej grupie pacjentów, najbardziej narażonych na ciężki przebieg COVID-19. To przede wszystkim seniorzy i osoby z poważnymi chorobami. Szczepienie, które przeszły te osoby, po jakimś czasie trzeba wzmocnić, trzeba je przypomnieć. Jeśli wdrożymy to rozwiązanie, wskażemy na pewno wybrane grupy, które będą musiały przyjmować trzecią dawkę. To na razie jest w kwestii decyzji rządowej Rady Medycznej – powiedział w rozmowie z tą stacją wiceminister zdrowia Waldemar Kraska.

Kilka dni później, też na antenie RMF FM, wątpliwością w tej sprawie dzieli się minister: Nie ma cały czas badań, które by pokazywały przyrost skuteczności, czyli pewną wartość dodaną wynikającą ze zderzenia się z nowymi mutacjami wirusa. Dopóki badania nie wykażą, że trzecia dawka, która prawdopodobnie musiałaby być zmodyfikowana, a nie będącą prostym powtórzeniem, będzie w lepszy sposób, niż w tej chwili zabezpieczała przed nowymi mutacjami, to można powiedzieć, że wartość dodana takiej operacji jest bardzo niewielka. Staram się wyważyć, ile jest w tym wartości dodanej dla zdrowia publicznego, a ile jest w tym interesu firm farmaceutycznych, które chcą sprzedać więcej.

Powtarza to w rozmowie z tygodnikiem „Wprost”, mówi, że „jest sceptyczny w temacie trzeciej dawki w najbliższym czasie” i dodaje: Muszę znać poważne argumenty, że realizujemy interes pacjentów, a nie firm farmaceutycznych.

Woda na młyn

To ostatnie zdanie niemal natychmiast wzbudza dyskurs w środowisku medycznym i ostrą krytykę A. Niedzielskiego. Jeżeli minister zdrowia w niemal 40-milionowym kraju nie ma zaawansowanej wiedzy medycznej w zakresie procesów immunologicznych oraz wiedzy na temat tego, komu, kiedy i w jakim schemacie powinno się podawać trzecią dawkę szczepionki, a przy tym podważa opinię ekspertów, to jest skandal – komentuje dla serwisu Medonet.pl dr Bartosz Fiałek, przewodniczący regionu kujawsko-pomorskiego OZZL. Jeżeli ekonomista kwestionuje zalecenia profesorów i lekarzy zasiadających w Radzie Medycznej, sugerując przy tym, że oni mogą podejmować decyzje nie w oparciu o dobro pacjenta, a w interesie firm farmaceutycznych, to już jest skandal na skalę światową i taka osoba powinna się podać, w mojej ocenie, do dymisji w trybie natychmiastowym. To woda na młyn dla przeciwników szczepień.

Małgorzata Solecka (Tygodnikpowszechny.pl) pisze: „To jeden z kluczowych argumentów antyszczepionkowców: szczepienia przeciw COVID-19 to wymysł przemysłu farmaceutycznego, który jest wręcz oskarżany o rozpętanie «pandemii» w celu uzyskania jak największych

korzyści. Minister swoją (trzeba wierzyć) nieprzemyślaną wypowiedzią daje antyszczepionkowcom potężną broń. Jeśli bowiem lekarze i eksperci podejmują decyzje korzystne dla «BigPharmy» w sprawie trzecich dawek, kto da gwarancję, że tym samym nie kierowali się przy podejmowaniu innych decyzji? W ostatnich dniach antyszczepionkowcy zaatakowali fizycznie kilka punktów szczepień, jeden podpalamo. Słowa mają taką samą moc destrukcyjną jak pięści czy ogień. A biorąc pod uwagę, kto je wypowiada – siła rażenia jest nieporównywalnie większa”.

Tymczasem dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Adhanom Ghebreyesus apeluje, aby szczepienia, które miałyby wzmocnić działania wcześniejszych, zawiesić do czasu, w którym co najmniej 10% populacji w każdym kraju zostanie zaszczepione. W ten sposób można by się przeciwstawić coraz bardziej nierównemu poziomowi szczepień na świecie.

Nowy lek

Media informują, u ponad 97% chorych na COVID-19 w Zjednoczonych Emiratach Arabskich (ZEA) uzyskana została poprawa w ciągu co najmniej pięciu dni po zastosowaniu Sotrovimabu. Jest to nowy lek przeciwwirusowy oparty na przeciwciałach klonalnych, opracowany przez firmy GlaxoSmithKline i Vir Biotechnology. Od 16 do 29 czerwca podano go 659 pacjentom z COVID-19, z których ok. 59% miało 50 lat lub więcej. Należeli oni do grup ryzyka z powodu chorób współistniejących (otyłość, nowotwór, choroby nerek, układu krążenia, płuc, alergię, cukrzyca, nadciśnienie). Wcześniej Sotrovimab został również zatwierdzony do użytku w sytuacjach awaryjnych przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA).

Europejska Agencja Leków poinformowała, że Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP) EMA zakończył przegląd dotyczący stosowania przeciwciała monoklonalnego Sotrovimab (znanego również VIR-7831 i GSK4182136) w leczeniu pacjentów z COVID-19. Przegląd ten został podjęty w celu dostarczenia zharmonizowanej opinii naukowej na poziomie UE w celu wsparcia krajowego procesu decyzyjnego w sprawie możliwego zastosowania przeciwciała przed dopuszczeniem do obrotu.

Agencja stwierdziła, że Sotrovimab może być stosowany w leczeniu potwierdzonego COVID-19 u dorosłych i młodzieży (w wieku 12 lat i powyżej i o masie ciała co najmniej 40 kg), którzy nie wymagają dodatkowej tlenoterapii i którzy są zagrożeni progresją do ciężkiego przebiegu COVID-19. EMA wydała rekomendacje po przeglądzie danych, w tym danych dotyczących jakości i badania wpływu Sotrovimabu u dorosłych pacjentów ambulatoryjnych z łagodnymi objawami COVID-19, którzy nie potrzebują podania dodatkowego tlenu. Producent podaje: Sotrovimab podaje się dożylnie, w ilości 500 mg. Występuje w postaci jałowego, bezbarwnego lub żółto-brązowego roztworu i nie zawiera środków konserwujących. Nienaruszone fiolki muszą być przechowywane w lodówce, w temperaturze od 2 do 8°C. Lek należy też

chronić przed światłem, więc powinien być przechowywany w oryginalnych, oddzielnych pudełkach.

Szczepmy się

To wezwanie z różnym stron i na różne sposoby dociera do nas codziennie z mediów. Niestety jego skuteczność daleka jest od spodziewanej. Co więcej, utrzymuje się tendencja spadku chęci przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19. W pierwszym tygodniu sierpnia Agencja Badawcza Inquiry pytała o to Polaków. Serwis Medonet.pl publikuje wyniki:

- 40% Polaków deklaruje obawę przed zarażeniem się koronawirusem – jest to wynik o 2 punkty procentowe wyższy niż przed tygodniem i o 4 punkty procentowe wyższy niż przed miesiącem.

- Odsetek osób, które wskazują wprost, że nie boją się zarażenia, wynosi aktualnie 45% – w poprzednim tygodniu wynik był identyczny.

- Tylko 32% spośród niezaszczepionych Polaków deklaruje chęć skorzystania ze szczepionki – jest to wynik o 8 punktów procentowych niższy w porównaniu z poprzednim pomiarem. Największy spadek chęci do zaszczepienia odnotowano wśród dwóch grup wiekowych: wśród osób w wieku 35–44 lata (spadek o 13 punktów procentowych w porównaniu z poprzednim pomiarem) oraz wśród najmłodszych w wieku 18–24 lata (spadek o 10 punktów procentowych).

- Powodem, dla którego osoby, które nie zamierzają się zaszczepić, mogłyby zmienić swoją decyzję, niezmiennie jest gwarancja odszkodowania w przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych. Taką odpowiedź zaznaczyło 35% osób badanych (o 2 punkty procentowe mniej niż przed miesiącem). Na drugim miejscu ponownie znalazła się dokładna informacja o częstotliwości występowania działań niepożądanych (29% wskazań obecnie i 30% poprzednio). Wciąż taki sam odsetek osób odpowiada, że nie ma takiej rzeczy, która mogłaby zachęcić do zaszczepienia się (43% wskazań).

Według danych z 15 sierpnia 2021 r. liczba osób w pełni zaszczepionych – preparatem J&J lub dwiema dawkami innych dopuszczonych w UE szczepionek – wynosi 18.156.083. Statystyka SARS-CoV-2 wykazuje u nas na ten dzień: 2.885.333 potwierdzone przypadki zakażeń, 2.655.313 osób, które wyzdrowiały, 75.299 ofiar śmiertelnych. Wykonanych zostało 19.181.429 testów. Liczba zajętych łóżek – 318, respiratorów – 45.

Dziennie można by zaszczepić w Polsce 700 tys. osób. Wobec tak znacznego braku chętnych, mając zarazem na uwadze terminy przydatności szczepionek przeciw COVID-19, sprzedajemy je innym krajom. W połowie sierpnia Australia zakupiła 1 mln dawek szczepionki Pfizera, Hiszpania 2,4 mln Pfizera, Portugalia 600 tys. Pfizera, Norwegia 1 mln Moderny, a Ukraina 650 tys. AstraZeneki.

Totalizator Sportowy poinformował, że do 4 sierpnia w Loterii Narodowego Programu Szczepień zarejestrowało się ponad 3.300.000 osób. Nagrody zwolnione są



z podatku dochodowego, zarówno wygrane natychmiastowe (200 zł, 500 zł), jak i nagrody w postaci hulajnóg, samochodów lub gotówki (50 tys. zł, 100 tys. zł, 1 mln zł).

Świadczenie kompensacyjne

Ministerstwo Zdrowia informuje: „Pacjenci, u których wystąpią niepożądane działania po podaniu szczepionki, będą mogli uzyskać świadczenie pieniężne. Zapewni to utworzony przez rząd Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy powołujący Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw, przedłożony przez ministra zdrowia, przewiduje, że świadczenia kompensacyjne będą przyznawane na podstawie decyzji Rzecznika Praw Pacjenta.

Świadczenie kompensacyjne będzie przysługiwało:

- w przypadku wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w Charakterystyce Produktu Lekniczego podanej szczepionki lub szczepionek, które spowodowały hospitalizację przez okres nie krótszy niż 14 dni;

- w przypadku wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego powodującego konieczność obserwacji na szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć lub hospitalizacji przez okres do 14 dni. Świadczenie będzie miało charakter zryczałtowanej kwoty, a jej wysokość będzie przede wszystkim zależała od długości okresu hospitalizacji. Przykładowo, w przypadku obserwacji na szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć w związku z wystąpieniem wstrząsu anafilaktycznego – 3 tys. zł. W przypadku hospitalizacji w związku z wystąpieniem wstrząsu anafilaktycznego trwającej krócej niż 14 dni będzie to kwota 10 tys. zł, a w przypadku hospitalizacji trwającej od 14 dni do 30 dni – od 10 tys. zł do 20 tys. zł.

Elementem świadczenia mogą być także koszty dalszego leczenia lub rehabilitacji po zakończeniu przez pacjenta hospitalizacji do wysokości 10 tys. zł. Limit świadczenia kompensacyjnego wyniesie 100 tys. zł”.

Andrzej PIECHOCKI

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 9/21)

SPRAWDZAM – 7% PKB NA OCHRONĘ ZDROWIA

Bardzo ostrożnie szacując, w 2027 r. możemy się spodziewać, że minimalny poziom nakładów nie osiągnie nawet 6,5% realnego PKB, a i to wydaje się przewidywaniem dość optymistycznym.

W debacie o projekcie ustawy podczas pierwszego i drugiego czytania posłowie opozycji wskazywali m.in. brak źródeł finansowania planowanego wzrostu nakładów. Pytali o szczegóły rozwiązań podatkowych, jakie rząd proponuje w ramach Polskiego Ładu. Bo, jak mówili, do tej pory to składka zdrowotna napędzała i gwarantowała wzrost nakładów na ochronę zdrowia. I tutaj raczej nic się nie zmieni, choć trzeba przyznać, że w projekcie zapisano również rozwiązania uelastyczniające możliwości ministra zdrowia w zakresie przekazywania dotacji podmiotowej do NFZ. Minister będzie mógł taką dotację przekazać również po uchwaleniu ustawy budżetowej. To pokazuje, z jak papierowymi gwarancjami uzupełniania finansów funduszu z budżetu państwa mieliśmy do czynienia do tej pory (i dalej mamy). W myśl obowiązujących teraz przepisów taka dotacja musiała być wpisana do ustawy budżetowej przed jej uchwaleniem, a na etapie prac nad budżetem ministrowie zdrowia i finansów byli – od 2018 r. – zgodni, że powinna wynieść „zero złotych”. I tyle zresztą wynosiła.

Zmiany w zakresie opłacania składki zdrowotnej to jeden z kluczowych elementów Polskiego Ładu. Jednak mimo twardych zapowiedzi rządu, z których wynika, że wprowadzona będzie powszechna zasada liniowości składki zdrowotnej (czyli uzależnienie jej wysokości od dochodu, bez względu na formę zatrudnienia, choć tylko dla ubezpieczonych w ZUS) wraz z likwidacją możliwości odpisywania jej od podatku, pod koniec sierpnia ciągle trudno

przesądzić, czy – i w jakim zakresie – te zapowiedzi zostaną zrealizowane. Powodem są złe i bardzo złe oceny, jakie Polacy wystawiają rozwiązaniom zmierzającym w ich opinii do podwyższenia obciążeń podatkowych w sondażach, zarówno tych, których wyniki są na bieżąco publikowane, jak i przeprowadzanych na wewnętrzny użytek partii rządzącej. Efekt? Mamy – choć jeszcze proces legislacyjny trwa – uchwaloną ustawę 7% PKB na ochronę zdrowia i podejrzenia graniczące z pewnością, że zapowiadany przez rząd wzrost jej finansowania z pieniędzy publicznych wcale nie będzie „aż tak” dynamiczny. – Niestety, potwierdziły się obawy o prawdziwą perspektywę zwiększenia środków na świadczenia zdrowotne. Teraz wiemy, dlaczego ten obecnie mniejszościowy rząd nie chciał podnieść wynagrodzeń pielęgniarek, ratowników medycznych i młodych lekarzy. Po prostu nie planował realnego zwiększenia finansowania leczenia chorych. Przedstawiona ustawa to głównie zabieg PR-owski – mówił podczas debaty w Sejmie prof. Wojciech Maksymowicz (Polska 2050), wytykając rządowi, że wzrost nakładów ma nastąpić głównie w wyniku doliczenia pomocowych środków z Unii Europejskiej (potwierdził owo doliczenie na etapie prac w Komisji Zdrowia wiceminister Sławomir Gadowski). – Jak wiemy, te unijne środki nie mogą być przeznaczone na świadczenia zdrowotne, jedynie na inwestycje. Tak ma być przez dwa lata. A potem? Potem się zobaczy. PiS odrzuciło wzrost składki zdrowotnej, który przecież można było kompensować ekwiwalentnym obniżeniem podatków. Tylko takie podejście rzeczywiście mogło systemowo zagwarantować zwiększenie nakładów na leczenie chorych, na świadczenia opieki zdrowotnej. Nadal więc będziemy mieli jeden z najniższych poziomów procen-

towych składki zdrowotnej w Europie. Społeczeństwo musi bowiem wiedzieć, że nasi sąsiedzi, Czesi, są znacznie bardziej zadowoleni ze swojej ochrony zdrowia, ponieważ mają 13,5% składki zdrowotnej, a nie tak jak u nas 9%. I to jest główny problem. Proponowany w ustawie wzrost nakładów na opiekę zdrowotną do 7% PKB za sześć lat to ciągle dale-

ko od średniej europejskiej, która wynosi niemal 10%. A do tego nie wiadomo, w jaki sposób ktoś za te sześć lat miałby to zrobić – mówił były minister zdrowia Wojciech Maksymowicz. I pod tą wypowiedzią można się jedynie podpisać.

Małgorzata SOŁECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 9/21)

COVID-19 MOCNO UDERZYŁ W FINANSE SZPITALI

Z informacji uzyskanych drogą ankietową przez Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych z 50 szpitali wynika, że wszystkie, poza dwoma szpitalami jednoimiennymi, gdzie płacono za gotowość, odnotowały wzrost zobowiązań. Większość z tych szpitali miała niewykonany ryczałt sieciowy i świadczenia pozaryczałtowe.

- To oznacza, że szpitale w ewidentny sposób poniosły koszty pandemii COVID-19. Można mówić, że szpitale są źle zarządzane, ale prawda jest taka, że jeżeli finansowanie nie pokrywa kosztów, które wzrastają z roku na rok, to najlepszy menadżer nie jest w stanie tutaj wiele poradzić - uznał Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Jaka jest sytuacja finansowa szpitali po III fali epidemii COVID-19 i czy możliwe jest odrobienie przez nie świadczeń niezrealizowanych z powodu zamknięcia części oddziałów? Na te głównie pytania starali się odpowiedzieć goście sesji pt. „Szpitale w Polsce cz. II – finansowanie” odbywającej się w ramach VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Katowice, 14-16 czerwca).

Jak zaznaczył Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, sytuacja finansowa szpitali jest różna w zależności od tego, w jakim stopniu zostały zaangażowane do walki z pandemią.

Część szpitali pomimo wysiłków zarządzających nie poradziła sobie z uderzającymi kolejno falami COVID-19 m.in. dlatego, że koszty w szpitalu, choć spadały wydatki na leki w sytuacji niedowyońań kontraktów, nadal pozostawały duże ze względu na koszty pracy stanowiące 70, a nawet 80% w tym wolumenie.

- To, że mieliśmy oddziały zamknięte, nie zwolniło nikogo z płacenia wynagrodzeń - mówił dyrektor.

Narosły zobowiązania szpitali

Władysław Perchaluk, prezes Związku Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego, mówiąc o sytuacji finansowej 22 szpitali zrzeszonych w Związku, podał, że 20 z nich generowało bardzo duże zobowiązania, szczególnie w okresie trzeciej fali pandemii COVID-19. - Zobowiązania, które narosły za ostatnie 3 miesiące miniego roku, to kwota ponad 220 mln zł - podał prezes.

Przypomniął, że wpływ na wyniki miała mała liczba pacjentów, niezrealizowanie ryczałtów oraz innych świadczeń odrębnie kontraktowanych. Jak dodał, doszło też do lawinowego wzrostu cen środków zabezpieczenia osobi-

stego, np. wzrost cen maseczek wyniósł 1260% w stosunku do ceny sprzed pandemii.

- Płatnik dał nieco luzu zarówno w zakresie realizacji ryczałtu, jak i świadczeń odrębnie kontraktowanych. Mamy możliwość odpracowania tych pieniędzy do końca tego roku. Co będzie, trudno wyrokować, bo to też zależy od pacjenta, który nie do końca darzy szpitale takim zaufaniem jak przed pandemią - powiedział prezes Perchaluk, nawiązując do liczby wykonywanych na bieżąco i nadrabianych świadczeń.

Także zdaniem Andrzeja Zakrzewskiego, dyrektora Oddziału Warmińsko-Mazurskiego

Narodowego Funduszu Zdrowia, perspektywa dla szpitala po III fali pandemii jest różna w zależności od jednostki. Przypomniął natomiast, że od marca 2020 r. do kwietnia 2021 r. do systemu ochrony zdrowia spłynęło dodatkowo ponad 17 mld zł funduszy covidowych. Poza tym utrzymano finansowanie ryczałtowe, tych środków nie trzeba było zwracać, szpitale otrzymały je zgodnie z wartością umowy, niezależnie od jej wykonania.

Jak nadrobić świadczenia?

Był też mechanizm 1/12 dotyczący finansowania usług nieryczałtowych. Te pieniądze również trafiały do szpitali bez konieczności wypracowania całego portfolio usług, z tym że jest to teraz dług szpitala wobec płatnika, który musi być odpracowany.

Piotr Pobrotyn, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, przypomniał, że skoro ryczałt to płacenie za gotowość do udzielania świadczeń, to tych pieniędzy szpitalom zabrać się nie da. Analizując sytuację szpitali, zwrócił jednak uwagę, że przy niewykonywaniu świadczeń nie były agregowane koszty medyczne. Zatem w takiej sytuacji, przy gwarantowanym przychodzie, niewykonanie procedur poprawiało wynik finansowy.

- Oczywiście niewykonanie świadczeń bezpośrednio finansowanych jest ryzykiem, bo można ich nie odrobić i będą pogarszały wynik finansowy. W przypadku płacenia za gotowość realizowania świadczeń covidowych, to rozwiązanie w większości wpływało pozytywnie na wyniki szpitali - analizował. Był też pytany o możliwości nadrabiania świadczeń. - W tym roku będziemy musieli zacząć zabezpieczać pacjentów non-stop, czyli łącznie z sobotami i niedzielami w systemie porannym i popołudniowym. W całej skali trzeba pracować od 8 do 22, żeby zrealizować zadania, w tym i finansowe, które przed nami stoją - mówił o sposobie pracy szpitala.



Wynagrodzenia czasów po COVID-19 - będzie z nimi kłopot

Michał Kępowicz, dyrektor ds. relacji strategicznych i Market Access w Philips Healthcare, zauważył, że zobowiązania ogółem szpitali wzrosły między 2019 a 2020 rokiem z 14 do prawie 19 mld zł. W tej samej perspektywie zobowiązania wymagalne wzrosły z 1,6 do 2,1 mld zł, co już jest wyraźnym wskaźnikiem odzwierciedlającym sytuację szpitali, zarysowującym narastający problem. - Należy zakładać, że skala zadłużenia przekroczy w tym roku 20 mld zł - ocenił dyrektor.

Zaznaczył, że kłopoty przeżywane przez polski system nie są wyjątkiem, bo i inne systemy ochrony zdrowia też odczuły wpływ pandemii.

- Przystosowanie się do nowych warunków wymagało głównie dobrej sprawności zarządczej menedżerów - podkreślił.

O tym, jak wiele pracy miała ochrona zdrowia, świadczy fakt, że spora część z instytucji w tym sektorze w innych państwach rezygnowała ze sprawozdawczości. Dyrektor Kępowicz też uznał, że sytuacja finansowa szpitala po pandemii będzie uzależniona od miejsca w systemie i od tego, jakie funkcje wobec pacjentów covidowych wykonywał.

Jakub Kraszewski uważa, że pewnym zagrożeniem dla finansów szpitali może okazać się powrót do wynagrodzeń nieuwzględniających już dodatku covidowego. - Nasz personel przez prawie 8 miesięcy zarabiał podwójne stawki, pracując z pacjentami covidowymi. W tej chwili mamy wszyscy kłopot, bo jeśli ktoś zarabiał po 15 tysięcy złotych w jednym tylko miejscu, to powrót do poprzednich stawek wywołuje spore napięcia - zaznaczył.

Dyrektor Piotr Pobrotyn, wracając do wątku odrobienia przez szpitale niewykonanych świadczeń, za które otrzymały pieniądze, uznał, że największym problemem pozostają jednak braki kadrowe. Jak powiedział, dyrektorzy szpitali mogą przetrząsnąć się coraz większymi stawkami dla lekarzy, ale od tego personelu w systemie nie przybędzie i potrzeba tu raczej rozsądku i racjo-

nalności. Powiedział, że w tym podejściu mieści się też pokazywanie ścieżki rozwoju zawodowego pracownika.

- Problem bałaganu w budowaniu składników wynagrodzenia z różnych źródeł, z różnych tytułów deprecjonuje personel, a potem demotywyje postawy i dodatek covidowy jest tu przykładem - mówił. - Ciężko jest wrócić do normalności osobie, która zarabiała wiele razy więcej w czasach pracy z pacjentami covidowymi niż obecnie - podkreślił.

Znajdą się rezerwy w systemie?

W opinii dyr. Pobrotyna potrzebny jest jasny komunikat do pracowników ochrony zdrowia ku jakiemu systemowi wynagrodzeń zmierzamy w kolejnych latach. Potrzebny jest taki system, który pozwoli na zadbanie o kurczące się zasoby kadrowe, także sięgając do motywujących składników wynagrodzenia, oparty o system ustawicznego kształcenia.

Dyrektor Andrzej Zakrzewski powiedział, że jest dużym optymistą co do możliwości wykonywania większej liczby usług niż do tej pory i odrobienia usług przez szpitale.

Swój optymizm oparł o dane, z których wynika, że w ciągu trzech pierwszych miesięcy tego roku, kiedy pandemia jeszcze mocno się rozwijała, poziom wykonania usług w stosunku do zeszłego roku np. w specjalistycie wzrósł do poziomu prawie 99%, a w stosunku do normalnego roku 2019 było to ponad 80% Uznał, że są rezerwy w systemie.

Proszony o przypomnienie kierunków zmian dotyczących organizacji i finansowania świadczeń, jakich można oczekiwać, przypomniał, że Ministerstwo Zdrowia zapowiedziało odejście od ryczału jako głównego modelu finansowania oddziałów i rozwiązania, w którym całe szpitale są finansowane w oparciu o sieć.

- Na pewno duży nacisk będzie położony na wskaźniki jakościowe. Są też przymiarki do zmiany sposobu finansowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jednak chcę podkreślić, że do końca roku nic w zakresie pryncypiów się nie zmieni oprócz wprowadzanej bezlimitowości usług specjalistycznych - powiedział Andrzej Zakrzewski.

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 4/21)

KTO UZDROWI CHORY SYSTEM WYNAGRODZEŃ?

Podczas sesji VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (HCC 2021) pt. „Wynagrodzenia w ochronie zdrowia” do jej gości dotarła 15 czerwca informacja o odrzuceniu przez Sejm poprawki do ustawy o ustalaniu minimalnych wynagrodzeń pracowników medycznych.

Poprawki podwyższały średnio o ok. 20% zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia tzw. współczynniki pracy, na które zgodziły się kolejno: Senacka Komisja Zdrowia, Senat i Sejmowa Komisja Zdrowia. Odrzucenie poprawki, zmierzające do przyjęcia oprotestowanych współczynników zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia, zostało bardzo krytycznie przyjęte przez uczestników sesji HCC.

- Dwoma głosami przegraliśmy, Sejm odrzucił poprawkę nawet własnej komisji sejmowej, przy trzech wstrzymujących się. Nie przeszło - mówiła rozgoryczona Zofia Małas, przewodnicząca Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dodała zrezygnowana: - Nie ma tu już o czym mówić tak naprawdę. Jak powiedziała, „nie-dobrze się stało dla systemu ochrony zdrowia”. - Okazuje się, że zdrowie jednak nie jest priorytetem - skomentowała decyzję Sejmu.

Krzysztof Bukiel: Nie mam słów po prostu

Krzysztof Bukiel, przewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, obecny na

sesyjnej sali przyznał, że miał nadzieję, iż Sejm przyjmie ustawę, która - jak powiedział - „będzie pewnym podsumowaniem, ukoronowaniem mojej działalności”.

- 30 lat zajmuję się działaniem na rzecz poprawy warunków wynagradzania grupy zawodowej lekarskiej i właściwie znaleźliśmy się w punkcie wyjścia - ocenił. - Powiem tylko tyle, co zawsze powtarzam i czego rządzący nie chcą przyjąć. W 1958 roku, czyli w okresie takiej komuny, gdy lekarz był traktowany niemal jak wróg ludu, dawano lekarzom specjalistom 1,7 średniej krajowej. A dzisiaj partia, która uchodzi za antykomunistyczną, daje specjalistom 1,31 - mówił z wyrzutem wobec rządzących przewodniczący Bukiel.

Dodał: - Jest to dla mnie niepojęte. To wbicie w ziemię - mówię o swojej grupie zawodowej, ale dotyczy to oczywiście też innych pracowników medycznych. To pokazanie: jesteście gnojkami, którzy się nie liczą, z którymi nie mamy o czym rozmawiać. Nie mam słów po prostu. Jestem bardzo zawiedziony - powiedział.

Krzysztof Bukiel, dopytywany po zakończeniu sesji, ocenił: - Bardzo niewiele brakowało, dogadały się wszystkie zawody, zgodziły się na kompromis, bo nie jest łatwo, żeby się pielęgniarka dogadała z lekarzem - ile pielęgniarka ma zarabiać, ile ja mam zarabiać. Każdy zgodził się troszkę obniżyć i zgodził się, że drugi będzie miał tyle, a nie tyle, żeby pula pieniędzy na podwyżki się równoważyła. To mniej więcej było racjonalnie i nie za radykalnie. Te współczynniki mniej więcej podwyższyły o 20% to, co zaproponował minister zdrowia - komentował Krzysztof Bukiel.

Wynagrodzenia pielęgniarek nieatrakcyjne dla młodzieży

Zofia Małas mówiła podczas kongresowej sesji z nadzieją, że podwyżki płac sprawią, iż zawód pielęgniarki i położnej, których brakuje, zacznie być bardziej atrakcyjny dla młodzieży.

- Absolwenci pielęgniarstwa i położnictwa znowu nie podejmują pracy w zawodzie. Po prostu idą tam, gdzie im zapłacą więcej. W ubiegłym roku spośród 5600 absolwentów studiów podjęło pracę tylko 2300. A już 3-4 lata temu szło ku dobremu. Absolwenci po prostu wybierają pracę tam, gdzie im lepiej zapłacą, a nie jest to praca w szpitalu - mówiła Zofia Małas podczas sesji, przytaczając jeden z powodów, dla którego pielęgniarki domagały się większych podwyżek.

Parę minut później okazało się, że poprawki nie przeszły. Projekt ustawy zawiera nadal niższe współczynniki, zaproponowane przez ministra zdrowia.

Lekarz dorobi do pensji, ale...

Krzysztof Bukiel, twierdził, że brak podwyżek, jakich oczekiwali przedstawiciele zawodów medycznych, odbija się na pacjentach. Przyznał, że jako specjalista otrzymuje w szpitalu 6750 zł pensji brutto. Powiedział, że gdyby odszedł do prywatnego gabinetu, w którym wykonywałby USG, zarobi „3 razy więcej na wejściu”.

Zwracał się do posłów: - Dorobimy sobie, macie rację. Jak to było? - dopytywał. - Pokaż lekarzu, co masz w ga-

rażu. Oczywiście. Dorobimy sobie, ale będzie cierpiał pacjent. Personel medyczny źle wynagradzany w publicznej ochronie zdrowia będzie źle pracował, myśląc o dorabianiu, w końcu ucieknie z tej publicznej ochrony zdrowia. Nie ma medyków, nie ma leczenia - dodał szef OZZL.

Dr Artur Drobniak, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, zauważył, że z danych raportu OECD wynika, iż w 2017 roku polski lekarz specjalista zarabiał na etacie 1,4 średniej krajowej. - Już wtedy Węgrzy płacili swoim specjalistom 2,5 średniej krajowej, Słowacy - 2,2, Czesi - 2,4, Niemcy - 3,5. A teraz minister zaproponował 1,31 - powiedział. - No i zostało to przegłosowane przez Sejm - mówił Drobniak, przypominając, że minister Szumowski wcześniej, po protestach rezydentów, zaproponował kwotę odpowiadającą 1,6 średniej krajowej.

O wynagrodzeniach teraz już razem

Także pielęgniarki nie otrzymają, na co liczyły, większej podwyżki. Np. zamiast zaaprobowanej przez komisję zdrowia sejmową, senacką oraz Senat pensji w wysokości 1,2 średniej krajowej pielęgniarki i położne z tytułem magistra będą musiały się zadowolić 1,06 średniej krajowej.

- To nas zjednoczy jeszcze bardziej - mówiła Zofia Małas, wskazując, że po raz pierwszy środowiska medyczne są tak zjednoczone w kwestii wynagrodzeń. Zaproponowały bowiem kompromisowe, uzgodnione między sobą rozwiązania dotyczące płac, także tych odnoszących się do pensji pracowników niemedycznych.

- Normalnie trudno sobie wyobrazić, żeby pielęgniarki z lekarzami się nie pokłóciły o płace, albo fizjoterapeuci z diagnostami, a tutaj się rozumieli - potwierdził Krzysztof Bukiel.

Alina Niewiadomska, prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, przypominała, że specjalista diagnosta laboratoryjny dostaje 1,06 średniej krajowej. Takie wynagrodzenia nie zachęcają do rozwoju zawodowego. - Dzisiaj rozmawiałam z diagnostą z Anglii, gdzie ścieżka kariery zawodowej powiązanej z wynagrodzeniami jest jasno opisana na stronie Ministerstwa Zdrowia. Absolwent kończy uczelnię, wchodzi do zawodu, jeżeli spełnia kryteria kształcenia specjalizacyjnego albo ciągłego, dostaje podwyżki. Wie, w jaki system wynagrodzeń wchodzi, my nadal nie wiemy - mówiła.

Potrzebny minister zdrowia w randze wicepremiera

Dr hab. Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, powiedział z kolei, że w ochronie zdrowia zmieniło się przez lata wiele. - Ale nie zmieniło się jedno. Płaca w systemie refundowanym niestety dla fizjoterapeutów nie jest taka, by doceniała ich rangę - mówił.

Prezes samorządu fizjoterapeutów stwierdził, że dla rozwiązania spraw ochrony zdrowia konieczny jest rząd, „który na stanowisku wicepremiera postawi ministra zdrowia”. - Wtedy będzie to oznaczało prawdopodobnie, że rząd poważnie podchodzi do opieki zdrowotnej. W innym przypadku wydaje się, że jest to niemożliwe, bo to minister finansów będący wicepremierem mówi,



ile możemy wydać na opiekę zdrowotną - powiedział prezes KRF, podsumowując dyskusję.

Od 1 lipca obowiązuje ustawa o wynagrodzeniach minimalnych w ochronie zdrowia. Pensja wyliczana jest w oparciu o tzw. współczynnik pracy dla danej grupy zawodowej. Jako podstawę do wyliczeń przyjmuje się współczynnik pomnożony przez średnią płacę brutto w gospodarce za poprzedni rok.

Zgodnie z uchwaloną przez Sejm 15 czerwca i podpisaną 17 czerwca przez prezydenta RP Ustawą z 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw wynagrodzenia minimalne w poszczególnych grupach zawodowych pracowników ochrony zdrowia od 1 lipca są następujące:

- Lekarz, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny - współczynnik 1,31. Najniższe wynagrodzenie od 1 lipca 2021 r. wynosi 6.769 zł. Jest to o 19 zł brutto więcej niż wcześniej dla tych specjalistów, którzy zadeklarowali, że nie będą pracować w innym podmiocie.

- Lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny - współczynnik 1,2. Najniższe wynagrodzenie to 6.201 zł, do 30 czerwca było to 6.046 zł, co oznacza wzrost o 155 zł. Dotyczy grupy starszych, ale jednocześnie doświadczonych lekarzy, którzy po zmianach systemu specjalizacji pozostali przy tzw. „jedynce” uzyskanej po krótszym szkoleniu specjalizacyjnym.

- Lekarz bez specjalizacji - współczynnik 1,06. Najniższe wynagrodzenie wynosi 5.478 zł, wcześniej było to 5.426 zł, wzrost o 52 zł. Mowa tu o młodych lekarzach rezydentach, którzy pracując w szpitalach i POZ, szkolą się przez 5-6 lat, aby uzyskać tytuł lekarza specjalisty.

- Lekarz stażysta - współczynnik 0,81. Od 1 lipca 2021 roku zarabia 4.186 zł, do czerwca było to 3.772 zł, wzrost o 414 zł.

- Pielęgniarka z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - współczynnik 1,06. W tej grupie znajdują się pielęgniarki, które ukończyły studia wyższe II stopnia i następnie szkoląc się, uzyskały jedną ze specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa. Może to być np. specjalizacja w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego, epidemiologicznego, onkologicznego, pediatrycznego. Najniższe wynagrodzenie wynosi od 1 lipca 5.478 zł, do 30 czerwca było to 5.426 zł, czyli wzrost o 52 zł.

- Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa, albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa - współczynnik 0,81. Dotyczy pielęgniarek z ukończonymi studiami pielęgniarstwowymi licencjackimi, które uzyskały specjalizację lub pielęgniarek które mają ukończone studia magisterskie, ale nie uzyskały specjalizacji. Najniższe wynagrodzenie od 1 lipca 2021 wynosi 4.186 zł, do czerwca było to 3.772 zł, wzrost o 414 zł. Współczynnik 0,81 dotyczy także pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownik wykonujący zawód medyczny wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji. W tej grupie znajdują się ratownicy medyczni. Pielęgniarka albo położna, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - współczynnik 0,73. Tu mowa o grupie pielęgniarek, która zdobyła wykształcenie w starym systemie - w liceach pielęgniarstwach, szkołach pomaturalnych, posiadają duże doświadczenie zawodowe uzupełniane kursami specjalistycznymi. Najniższe wynagrodzenie od lipca 2021 wyniesie 3.772 zł, do czerwca 3.307 zł, wzrost o 465 zł.

- Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w Ip. 1-4 wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji - współczynnik 1,06. Dotyczy tych osób, które po ukończeniu studiów zdecydowały się na pogłębianie wiedzy w kierunku specjalizowania się w konkretnej dziedzinie. Np. diagnosty po ukończeniu w uniwersytecie medycznym 5-letnich studiów wyższych z analityki medycznej mają możliwość specjalizowania się w 13 dziedzinach - są to m.in. mikrobiologia, cytomorfologia, medyczna diagnostyka laboratoryjna. Uzyskiwanie specjalizacji wymaga od 3 do 5 lat nauki i szkoleń, przy czym diagnosta musi je sam opłacić. Około 25% diagnostów posiada specjalizację. Najniższe wynagrodzenie brutto w tej grupie zawodowej wynosi teraz 5.478 zł, wcześniej 5.426 zł, wzrost o 52 zł.

- Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny oraz inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji - współczynnik 0,81. W tej grupie najniższe wynagrodzenie to teraz 4.186 zł, wcześniej było to 3.772 zł, co oznacza wzrost o 414 zł

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 4/21)

MAMY ZA MAŁO KADR, BO JEST ZBYT DUŻO SPECJALIZACJI?

Brakuje nam lekarzy, zatem tymi kadrami powinniśmy gospodarować oszczędnie. Należy się zastanowić, czy obecny system szkolenia specjalizacyjnego, z rozbudo-

waną liczbą specjalizacji lekarskich, przyczynia się do pogłębiania tych braków.

Jak przypomina dr Jerzy Friediger, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie i członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, w kraju mamy aż 77 specjalizacji lekarskich.

- Widać wyraźnie, że zabraknie nam chętnych na szerokie specjalizacje jak interna, pediatria, chirurgia ogólna. Koleżanki i koledzy kończący studia będą woleli od razu skierować się na specjalizację wąską, która wymaga poświęcenia mniej energii na przygotowanie do pracy niż specjalizacja szeroka - mówił podczas sesji „Specjalizacje lekarskie” w ramach VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych.

Specjalizacje lekarskie - czy odpowiada nam ten model?

Skoro brakuje nam lekarzy, to kadrami lekarskimi należy gospodarować oszczędnie. Tak jednak nie jest, bo specjalizacje zawężają uprawnienia lekarzy. - Czy nie należałoby zastanowić się nad powrotem do dwustopniowej specjalizacji bądź specjalizacji ogólnych i szczegółowych? - poddawał pod rozagę dr Jerzy Friediger, oceniając, że wprowadzony przed kilkoma laty system specjalizacji jest zły.

Dodał: - Wydaje się, że taki system, w którym lekarz już po odbyciu pewnego okresu specjalizacji miałby usankcjonowane określone kompetencje zawodowe, byłby systemem lepszym.

Anna Bazydło, wiceprzewodnicząca Porozumienia Rezydentów, zauważa, że mała atrakcyjność niektórych specjalizacji szerszych wynika przede wszystkim z braku możliwości wykonywania wąskich specjalizacji bezpośrednio po zrobieniu specjalizacji szerokiej.

Tłumaczyła, że lekarze podejmujący się specjalizacji szerokiej, czyli np. z interny czy pediatrii, próbując zdobyć kolejną specjalizację, są zatrudniani przez szpitale albo na minimalnym wynagrodzeniu, albo nie są zatrudniani i nie mają możliwości zrobienia kolejnej specjalizacji.

- Poza tym jeżeli ktoś chciałby mieć szersze kompetencje, to niestety rozwiązania systemowe nie pozwalają np. na ścieżkę kardiologii dziecięcej, diabetologii prowadzącą przez pediatrię czy internę. My wybieramy specjalizacje docelowe dlatego, że chcielibyśmy mieć możliwość wykonywania konkretnych procedur po zakończeniu specjalizacji - wyjaśniła.

Zdaniem dr. hab. Oskara Kowalskiego, prof. SUM, prorektora ds. kształcenia podyplomowego i ustawicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownika Pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, model kształcenia specjalizacyjnego należałoby lepiej dopasować do danej specjalizacji, w zależności od tego, czy jest ona zabiegowa czy niezabiegowa.

Umiejętności lekarskie - nie korzystamy z nich optymalnie

Profesor zauważył, że system, w którym zdobywał kiedyś specjalizację kardiologa, wymagał nauki przez blisko 12 lat i prowadził przez wcześniejsze uzyskanie specjalizacji z chorób wewnętrznych. W tej chwili droga do specjalizacji z kardiologii, podobnie jak wielu innych, jest krótsza.

- Moim zdaniem powrót do trybu, w którym każdy kardiolog najpierw musiałby uzyskać specjalizację z chorób wewnętrznych, nie przyniósłby za sobą wzrostu jakości leczenia. Mocno podzieliliśmy się na specjalizacje, ale życie wymusiło taki rozdział szkoleń, bo procedury, które wykonujemy, są często wyrafinowane - wskazywał, nawiązując do jeszcze większego niż wcześniej zawężenia specjalizacji w kardiologii, do specjalistów, którzy np. zajmują się hemodynamiką, wykonują zabiegi elektrofizjologiczne. - Dlatego w kardiologii obecny system specjalizowania się uważam za dobry, prawidłowy - oceniał.

Zdaniem profesora pewien błąd systemu polega na zbyt małym wykorzystaniu kształcenia w węższych umiejętnościach.

W ocenie prof. Pawła Buszmana z Katedry i Zakładu Epidemiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego należałoby się zastanowić, czy pełne szkolenie internistyczne musi trwać 5, a razem ze stażem aż 6 lat: - Wydaje się, że to za długo. Można dyskutować, czy lekarz podejmujący specjalizację np. z kardiologii nie mógłby również podejść do egzaminu z interny po 3-letniej rezydenturze, tak aby po 6 latach mógł mieć obie specjalizacje.

Z kolei zawężanie specjalizacji ogranicza możliwości wykonywania pewnych zabiegów opartych na umiejętnościach. - Kardiolodzy bardzo odczuli, kiedy pomimo tego, że wprowadzaliśmy interwencję na naczyniach, chirurdzy naczyniowi zabrali nam możliwość wykonywania zabiegów endowaskularnych, mimo że często, żeby dojść do serca, musimy otworzyć naczynia obwodowe - przypomniał.

- Nie możemy doprowadzać do tego, żeby specjalizacje zawłaszczwały sobie konkretne procedury czy zabiegi. To blokowanie procedur specjalnościom, które mają umiejętności - stwierdził profesor.

Szkolenie specjalizacyjne - czyli mistrz i uczeń

Według dr. hab. Zbigniewa Nawrata, prof. SUM, dyrektora kreatywnego Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii im. prof. Z. Religi, prezydenta Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Robotyki Medycznej, obecnie specjalizowanie prowadzi czasami do ograniczenia możliwości.

- Specjalność oznaczać może, że nie mogę robić czegoś, co umiem. Gdyby w ten sposób miał pracować Einstein, bo fizycy nie pozwoliliby mu na rozwój, to wielu rzeczy nie dowiedzielibyśmy się o świecie. Gdyby Mozart miał zakaz podejścia do orkiestry symfonicznej, gdy był mało znany, też byśmy stracili. Generalnie mówimy o tym, że są sytuacje, gdy młody człowiek w szczycie swoich możliwości nie może się rozwijać - zaznaczył, mając na myśli pozycję młodych, zdolnych lekarzy w systemie, których umiejętności nie zawsze są wykorzystywane.

Dr Mariusz Wojtowicz, prezes zarządu Szpitala Miejskiego w Zabrzu Sp. z O.O, prezes zarządu Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego, jako kierownik specjalizacji zwraca z kolei uwagę na nadmiar bardzo specjalistycznych procedur do wykonania przez specjalizującego się lekarza, zawartych w programie szkolenia.





- Jako ginekologowi z 33-letnim doświadczeniem niektórych procedur opisanych w obecnym programie szkolenia nie udało mi się wykonać, pracując pod kierunkiem wielu profesorów. A byłem osobą ambitną, która chciała się wiele nauczyć. Po co tyle procedur bardzo specjalistycznych w programie, które nic nie wnoszą do tego, żebyśmy wykształcili dobrego rzemieślnika, dobrego lekarza? - pytał.

Przyznał natomiast, że bardzo istotne w procesie szkolenia jest, by rezydenci na oddziałach, które wybiorą, mogli wykonywać pełen zakres procedur realizowanych w danym ośrodku.

Jak dodała Anna Bazydło, nie zawsze jednak czas szkolenia jest wykorzystany optymalnie. Podała jeden z powodów: - Bardzo często kierownicy specjalizacji nie są zatrudnieni na umowie o pracę w szpitalu, ale na kontraktach, które zależą od wykonania. Jeżeli te kontrakty nie biorą pod uwagę dodatków za kształcenie rezydenta w sytuacji, gdy ma on wykonać część procedur, to nie opłaca się kształcić lekarzy rezydentów, bo zmniejsza to zarobki specjalistów.

Wymogi kadrowe - czy nie nadmierne?

Na relacje mistrz-uczeń podczas szkolenia specjalizacyjnego zwróciła też uwagę prof. Iwona Niedzielska, lekarz kierujący Oddziałem Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant wojewódzki w dz. chirurgii szczękowo-twarzowej.

Jak przekonywała, w specjalizacjach zabiegowych istotna jest nie tylko wiedza młodego lekarza, który zdał egzamin teoretyczny, ale i predyspozycje, przede wszystkim zdolności manualne.

- Może się zdarzyć, że przez lata kształcimy specjalistycznie osobę, która się kompletnie do tego nie nadaje. Jako kierownik specjalizacji nie mam żadnych narzędzi, żeby taką osobę przenieść na inną specjalizację - podkreślała.

Nawiązując do kwestii braku specjalistów, prof. Iwona Niedzielska zwróciła uwagę, że specjalizacja, którą reprezentuje, jest przykładem takiej, w której mamy dostateczną liczbę specjalistów, ale mimo to brakuje ich tam, gdzie są najbardziej potrzebni, czyli na oddziałach szpitalnych. Przyczyną są warunki płacowe.

Na jeszcze jeden systemowy aspekt, który pogłębia braki specjalistów, wskazał prof. Paweł Buszman. Przyznał, że doszło do mnożenia specjalizacji, co potęguje odchodzenie lekarzy w nisze medyczne. Jednak także istotny wpływ na rynek pracy i braki kadrowe w szpitalach mają regulacje dotyczące wymagań kadrowych.

Usługodawcy są uzależnieni od regulacji, które narzucają NFZ i Ministerstwo Zdrowia. - Jeżeli mamy niewyobrażalne wymogi kadrowe, ilu to specjalistów albo podspecjalistów musimy zatrudnić, żeby dostać kontrakt albo wykonać prostą procedurę, to zauważamy, jak dużo pieniędzy szpital musi wydać i jak długo musi szukać tych specjalistów, by zdobyć czasem tak naprawdę bardzo skąpy kontrakt. Sami poprzez te regulacje powodujemy nasilenie braków kadrowych - ocenił prof. Buszman, podsumowując dyskusję.

Wszystkie wypowiedzi w artykule zostały zanotowane podczas VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Katowice, 14-16 czerwca 2021 r).

Piotr WRÓBEL

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 4/21)

LEK JEST BARDZO WAŻNĄ WALUTĄ I STAJE SIĘ NARZĘDZIEM POLITYCZNYM

Z jakimi wyzwaniami spotyka się krajowy przemysł farmaceutyczny w ostatnich latach, zwłaszcza w okresie pandemii? Jakie kluczowe wyzwania stoją przed tą branżą w Polsce? Jakich zmian oczekują interesariusze w nowelizacji ustawy refundacyjnej? Na takie m.in. pytania odpowiadali uczestnicy sesji „Polityka lekowa” w ramach VI Kongresu Wyzwań Zdrowotnych.

- Pandemia pokazała, że swobodny przepływ kapitału jest mitem. Lek jest bardzo ważną walutą i w przypadku, gdy chodzi o zdrowie, staje się narzędziem politycznym. Dochodzi do ograniczania dostępu do tego dobra dla innych krajów - mówił Sebastian Szymanek, wiceprezes zarządu Zakładów Farmaceutycznych Polpharma.

Potrzebna jest strategia i działanie

- Kryzys związany z pandemią uwypuklił mocne i słabe strony systemu. Jeszcze na początku 2020 roku stanęliśmy przed poważnymi wyzwaniami. Pojawiały się sygna-

ły dotyczące opóźnień w zakresie dostępności pewnych substancji czynnych i materiałów produkcyjnych. Potem dochodziły regulacje zakazujące np. eksportu

- trzeba było mieć specjalne pozwolenia. To prowadziło do zerwania łańcuchów dostaw. Kolejna niewiedza: nie wiedzieliśmy wtedy, czego będą tak naprawdę potrzebowali nasi pacjenci - dodał prezes Szymanek.

Jednocześnie zwrócił uwagę na rosnące w ostatnich latach koszty działania branży farmaceutycznej, przy jednoczesnej konieczności ponoszenia ogromnych wydatków na inwestycje związane ze zmieniającymi się technologiami.

Spojrzał też na rynek farmaceutyczny w wymiarze globalnym. - Pierwszym trendem była świadoma decyzja strategiczna niektórych krajów azjatyckich, że postanowili być potęgą w produkcji zarówno intermedia, jak i substancji czynnych. Za strategią poszły konkretne

działania, czyli pieniądze, po które można było sięgnąć. Nie trzeba było ich oddawać, jeżeli zrealizowało się cele. To, w dużym skrócie, spowodowało, że przez ostatnie 10 lat doszło do ogromnej konsolidacji rynku. Mniej więcej 70-80% substancji czynnych w Europie sprzedawanych jest właśnie z Azji - mówił wiceprezes Szymanek.

Dzięki krajowym producentom leków nie zabrakło

Katarzyna Dubno, dyrektor ds. relacji zewnętrznych i ekonomiki zdrowia firmy Adamed, wróciła uwagę, że od samego początku pandemii w Polsce krajowi producenci zadeklarowali, że polski rynek będzie priorytetowy i że w pierwszej kolejności będą dostarczać leki dla pacjentów w Polsce: - Myślę, że bardzo dobrze wywiązaliśmy się z tej roli i stanęliśmy na wysokości zadania: leków Polsce nie zabrakło.

- To, co jest teraz największym wyzwaniem, to zapewnienie ciągłości produkcji. Wiąże się ona z kwestiami poszukiwania nowych dostawców, wieloma zmianami, ale też zapewnieniem bezpieczeństwa i normalnego funkcjonowania naszym pracownikom, którzy te leki wytwarzają - dodała.

- Bardzo nam zależy na tym, żeby Ministerstwo Zdrowia podchodziło do krajowych producentów leków rzeczywiście jak do producentów, a nie do poszczególnych produktów; żeby w taki właśnie sposób negocjowane były ceny i refundacja dla naszych produktów. Bowiem tylko spojrzenie holistyczne bierze pod uwagę całe portfolio danego producenta, na to, jaką wartość stanowi, w jaki sposób zapewnia bezpieczeństwo lekowe, jakiego rodzaju inwestycje ponosi na infrastrukturę produkcyjną czy innowacje. Żeby stworzyć warunki do rozwoju krajowych firm, ale też żeby przyciągać kapitał zagraniczny i firmy międzynarodowe, musimy na to patrzeć tak, jak na taki cały ekosystem - podkreślała dyrektor Dubno.

Bezpieczeństwo Lekowe Polski

- Wydaje się, że najważniejszą kwestią w zakresie polityki lekowej jest obecnie finansowanie leków. Chodzi o to, żeby przeznaczać na leki zapisane w ustawie refundacyjnej 16,5-17% budżetu. Tymczasem analizy, które dotyczą ostatniego okresu wskazują, że tak naprawdę przeznaczamy na refundację około 15% - ocenił prof. Maciej Niewada, ustępujący prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoeconomicznego. Jego zdaniem, druga ważna kwestia, to wdrożenie koncepcji RTR, która w nowelizacji ustawy refundacyjnej została określona jako Bezpieczeństwo Lekowe Polski.

- Właśnie dostrzeżono ten wymiar, że należy docenić tych producentów, którzy zapewniają bezpieczeństwo, produkując leki czy też uczestnicząc w szeroko definiowanym procesie. Wydaje mi się, że to stwierdzenie, iż lek to trochę waluta i trzeba być przygotowanym na bezpieczeństwo właśnie poprzez zapewnienie dostępu do leków także własnymi siłami, ma istotne znaczenie - powiedział prof. Maciej Niewada.

Zwrócił też uwagę na to, co udało się zrealizować, co bardzo pomogło w sprawnym funkcjonowaniu systemu w czasie pandemii: - Mam wrażenie, że informatyzacja w opiece zdrowotnej, a szczególnie rozwiązanie typu e-

-recepta, mocno nas wybroniło w tym trudnym okresie i na pewno przyczyniło się do zachowania dostępu do leków - podkreślił.

Proces refundacyjny jest przejrzysty

Iwona Kasprzak, dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami NFZ, powiedziała o propozycjach zmian w ustawie refundacyjnej z perspektywy płatnika. Przyznała, że obecnie proces refundacji oparty jest o przejrzysty proces:

- Wprowadzono dużą przejrzystość w zakresie podejmowania decyzji o objęciu refundacją, na pewno istotną rolę odgrywa AOTMiT i nacisk na ocenę technologii. Dzięki temu mamy proces, który jest przejrzysty, mamy dokumenty świadczące o tym, że dana technologia, która będzie brana pod uwagę i ewentualnie obejmowana refundacją, została zweryfikowana pod tym względem. Na pewno prowadzono też mechanizmy, które stymulują konkurencję na rynku. Ale jest taki obszar, który jest - w mojej ocenie - jeszcze nie uregulowany na tyle wystarczająco, że pozostaje problematyczny dla płatnika. Chodzi o pozostawianie pewnej dobrowolności czy dowolności w kształtowaniu marż i nie ustalaniu sztywnych cen - zaznaczyła.

- Drugi element, to zmiany w opisach programów lekowych. Żeby to zmienić, minister zdrowia musi mieć zgodę wszystkich interesariuszy, którzy mają w obszarze danego programu lekowego wydane decyzje o objęciu refundacją. Nawet kiedy zmiana wydaje się oczywista i korzystna dla pacjentów, potrzeba czasu na to, żeby uzgodnić ze wszystkimi stronami aspekt związany z akceptacją ostatecznego kształtu programu lekowego (projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej, zaproponowany 30 czerwca, wprowadza odpowiednią zmianę - red.).

Przewidywalny, przejrzysty i stabilny rynek sprzyja biznesowi

Michał Kaźmierski, dyrektor generalny na Polskę oraz Kraje Bałtyckie Gilead Science, przyznał, że z perspektywy firm innowacyjnych najważniejszym jest to, żebyśmy mieli do czynienia z przejrzystym, przewidywalnym i stabilnym rynkiem.

- Przewidywalny, przejrzysty i stabilny rynek to jest to, co sprzyja każdemu biznesowi, szczególnie z punktu widzenia innowacji, ponieważ bardzo często dostarczamy leki, które spełniają niespełnione dotychczas potrzeby pacjentów - wskazał.

Dodał: - Drugim postulatem jest to, żeby leki innowacyjne w Polsce były dostępne szybciej, ponieważ wciąż, pomimo bardzo dużego postępu, który dokonał się w ciągu ostatnich lat, w wielu obszarach Polska jest krajem, w którym najnowsze terapie dostępne są w ostatniej kolejności.

Ten postulat wiąże się z powstawaniem leków innowacyjnych w sposób inny niż tradycyjne leki

- przykładowo w postaci dożylniej czy postaci tabletki. Pojawiają się takie terapie, jak CAR-T, które wymykają się zupełnie tradycyjnemu pojęciu leków.

- Takich terapii będzie coraz więcej, więc konieczna byłaby elastyczność i być może rozmowa o tym, w jaki



sposób podejść do refundacji, ale też i do całego systemu, na przykład dystrybucji tego leku. Póki co, obowiązujące prawo określa, że lek musi być dostępny na rynku, zanim złożymy wniosek refundacyjny. W przypadku takiego leku jest to po prostu niemożliwe, ponieważ jest on produkowany indywidualnie dla każdego pacjenta. W nowelizacji ustawy refundacyjnej przewidziano wyjątek dla leków uzyskiwanych w technologii CAR-T, czyli kwalifikowanych jako produkty lecznicze terapii zaawansowanej - wyjątki szpitalne - tłumaczył Michał Kaźmierski.

Co zrobić, aby innowacje były wcześniej refundowane?

Dyrektor Kaźmierski dodał, że cały czas mamy pole do popisu, jeżeli chodzi o wykorzystywanie wszystkich rozwiązań w zakresie instrumentów podziału ryzyka, które są już teraz zapisane w ustawie refundacyjnej. - W momencie wprowadzenia takich nowoczesnych, bardzo przełomowych terapii, być może powinniśmy iść bardziej w kierunku rozwiązań pay-for-performance - zwracał uwagę.

Joanna Parkitna, p.o. dyrektora Wydziału Oceny Technologii Medycznych AOTMiT, przyznała z kolei, że jed-

nym z największych problemów dla ekspertów Agencji są „zaczernienia danych”. - To są dane utajniane zarówno dla społeczeństwa, jak i dla firm. Nie mamy dostępu do informacji, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa. Być może dobrym rozwiązaniem byłoby wypracowanie konsensusu i określenie tego ustawowo - mówiła dyrektor, wskazując, że taka przejrzystość w procesie refundacyjnym byłaby wartością dodaną zarówno dla pacjentów, jak i dla przemysłu.

Dyrektor Parkitna mówiła też o problemie, który bardzo często pojawia się w dyskusjach: co zrobić, aby leki innowacyjne wcześniej trafiały na rynek polski i wcześniej były refundowane. - Z analiz, które przeprowadziliśmy w ramach EUNETH-TA, wynika, że w Polsce oczekujemy na wniosek refundacyjny przynajmniej kilkanaście miesięcy dłużej niż w innych krajach Unii Europejskiej. Czekamy, co oznacza, że podmiot odpowiedzialny albo postawił nie składać tego wniosku, albo złożyć go zdecydowanie później niż w innych krajach europejskich - podsumowała Joanna Parkitna.

Luiza JAKUBIAK

(przedruk z „Rynku Zdrowia” nr 4/21)

DLACZEGO SIĘ NIE SZCZEPIĄ?

Bilans Narodowego Programu Szczepień na początek września: przynajmniej jedną dawkę szczepionki otrzymał co drugi Polak. To wynik znacznie poniżej średniej UE (niemal 64%). Przepaść dzieli nas też od kilku największych unijnych krajów, z którymi w wyścigu szczepionkowym chętnie porównywaliśmy się na początku 2021 r.

Hiszpania, która w tej grupie jest bezwzględnym liderem, pierwszą dawkę szczepionki podała już niemal 77% mieszkańców. Część dawek, które otrzymali Hiszpanie, pochodzi zresztą z Polski.

We Francji w sierpniu odsetek zaszczepionych obywateli przekroczył 70%, blisko tej granicy są Włochy. „Najsłabiej” radzą sobie Niemcy, ale niemal 64% zaszczepionych to i tak o kilkanaście punktów procentowych więcej niż w Polsce. Na uwagę zasługuje też wynik kraju od Polski mniejszego, ale zaliczanego do unijnych „średniaków”, czyli Portugalii. Dziesięciomilionowe państwo przynajmniej jedną dawkę szczepionki podało już 82% obywateli, w tym wszystkim powyżej 60. roku życia i 96% w grupie 50–59 lat (notabene Portugalia również skorzystała z okazji i odkupiła od Polski część szczepionek). Przynajmniej jedną dawkę otrzymało 92% dorosłej populacji tego kraju.

Polska z pozycji lidera (w pierwszych tygodniach) przez status kraju, który „nieźle sobie radzi”, spadła do grupy maruderów i nie ma co się pocieszać danymi z Bułgarii i Rumunii, w których programy szczepień okazują się klęską. Oprócz tych dwóch państw wyprzedzamy pod względem odsetka zaszczepionych jedynie Słowację i Łotwę, a przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia w oficjalnych wypowiedziach (np. wiceminister Waldemar Kraska) bezradnie rozkładają ręce: - Nie wiemy, dlaczego Polacy nie chcą się szczepić.

Nie ma jednej odpowiedzi, bo przyczyn jest wiele, a w tej chwili mogły one, jak wirus, znacząco zmutować. Przykładowo najstarsi seniorzy, którzy powinni zostać zaszczepieni w styczniu, lutym i marcu, ale organizacja Narodowego Programu Szczepień utrudniła im lub wręcz uniemożliwiła szczepienie (skomplikowana procedura zapisu, brak pomocy w dotarciu do punktu szczepień), wówczas chętnie szczepionkę by przyjęli. Teraz niejednokrotnie, co potwierdzają pracownicy medyczni podejmujący próbę finalizacji szczepienia osób 70- i 80-letnich, mają wobec szczepień mieszane uczucia. Bo przecież już prawie nie ma pandemii (mała liczba zakażeń), „kto miał zachorować i umrzeć, umarł”, bo „nie wiadomo, jak z tymi szczepionkami jest naprawdę”. Bo coś usłyszeli od sąsiadów, a coś od księdza w kościele. Bo już nie pamiętają, że kilka miesięcy wcześniej oburzali się na warszawskich aktorów, którzy zaszczepili się poza kolejnością, i bardzo chcieli, żeby Krystyna Janda „odpracowała w szpitalu szczepienie, które jej się nie należało”.

To jest zresztą jeden z największych problemów Polski - nie tylko niski odsetek zaszczepionych ogółem, ale niski odsetek zabezpieczenia grup ze względu na wiek najbardziej narażonych na ciężki przebieg COVID-19. Kiedy wiele krajów raportuje zaszczepienie nie tylko 80-latków, ale również grup powyżej 50. roku życia na poziomie przekraczającym 85–90%, w Polsce tylko jedna grupa seniorów (70–79) przekroczyła poziom 80% zaszczepienia minimum jedną dawką (83%). Pierwszej dawki nie przyjęło ciągle 36% 80-latków, 29% osób w wieku 60–69 lat i blisko 40% w wieku 50–59 lat.

Drugi problem stanowią ogromne różnice między poziomami zaszczepienia w poszczególnych regionach kraju.

Najmniej zaszczepionych jest w województwach wschodnich i na południowym wschodzie Polski, czyli tam, gdzie dominuje tradycyjny elektorat Prawa i Sprawiedliwości. Mimo dużego zaangażowania najważniejszych osób w państwie, w tym prezesa PiS Jarosława Kaczyńskiego, w propagowanie szczepień (wicepremier ds. bezpieczeństwa mówił nawet w czasie wakacji, że szczepienie nie jest indywidualną sprawą każdego, sygnalizując wręcz możliwość wprowadzenia obowiązku szczepień), zwolennicy PiS w tej sprawie kwestionują, a co najmniej ignorują głos polityków, którym powierzyli ster rządów. Na przeciwnym biegunie są największe miasta. W Warszawie, bastionie opozycji, w pełni zaszczepionych jest już blisko 2/3 mieszkańców, a punkty szczepień bynajmniej nie świecą pustkami. Lepszy, procentowo, wynik ma tylko podwarszawska Podkowa Leśna, która jako pierwsza gmina w Polsce przekroczyła granicę 66% zaszczepionych.

Różnice między regionami, ale też w samych regionach (dużo wyższy poziom zaszczepienia mieszkańców stolic województw niż powiatów ziemskich) powodują, że rząd zapowiada podział kraju na strefy: zieloną, żółtą i czerwoną, nie na poziomie województw, ale właśnie powiatów. Kryteria kwalifikacji do stref będą przedstawione we wrześniu. Wiadomo jednak, że wskaźnik wynikający z liczby nowych zakażeń (w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) będzie po pierwsze podwyższony (bo rząd spodziewa się, że za przewidywaną jesienią stosunkowo wysoką liczbą zakażeń będzie szła dużo niższa niż poprzednio liczba hospitalizacji), po drugie – korygowany wskaźnikiem zaszczepienia. Powiaty mające wyższy od średniej krajowej odsetek zaszczepionych mieszkańców będą w strefie niższej, niż wynikałoby jedynie ze wskaźnika nowych zakażeń. To nie wszystko: Ministerstwo Zdrowia obiecuje również, że osoby zaszczepione będą wyłączone z części obostrzeń w poszczególnych strefach.

Jednak ciągle brakuje kropki nad „i”. Rząd od tygodni sygnalizuje np. możliwość wprowadzenia do użytku wewnętrznego certyfikatu covidowego (poświadczającego zaszczepienie, status ozdowieńca lub negatywny aktualny wynik testu), uprawniającego do korzystania z części usług (gastronomii, kin, teatrów, koncertów), zwłaszcza w przestrzeniach zamkniętych. Na takie rozwiązanie już zdecydowały się m.in. Francja, Włochy, Grecja. Identyczną decyzję ogłosili Niemcy. We Francji i w Niemczech zdecydowano także o zniesieniu bezpłatnych testów, jeśli ich wykonanie wiąże się wyłącznie z chęcią zdobycia zaświadczenia. W Polsce decyzja nie zapadła, choć poziom zaszczepienia jest dużo niższy niż w krajach, które w ten sposób mobilizują obywateli do szczepień.

Nie ma też decyzji (również zapowiadanej) o wprowadzeniu obowiązku szczepień dla niektórych grup zawodowych, w tym dla pracowników ochrony zdrowia i stacjonarnych placówek opiekuńczych. Wysoki poziom zaszczepienia lekarzy i lekarzy dentystów (około 95%) czy pielęgniarek i położnych (ponad 80%) nie wystarczy, bo choć pracownicy sektora medycznego zaszczepili się znacząco liczniej niż reszta społeczeństwa, ciągle istnieją grupy niezaszczepionych (a nikt nie bada poziomu zaszczepienia pracowników niemedycznych szpitali czy poradni).

Tymczasem eksperci, m.in. z Polskiej Akademii Nauk, postulują objęcie obowiązkiem szczepień nie tylko osób pracujących w ochronie zdrowia i opiece nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi czy obłożnie chorymi, ale również np. nauczycieli i pracowników szkół, przedszkoli oraz żłobków. Wariant Delta, co potwierdza dane z krajów, w których dominuje on już od dłuższego czasu (w Polsce Delta stanowi 95% przypadków zakażeń, choć trzeba przyznać, że polskie laboratoria nie mają dużej liczby próbek, co wynika z niskiego poziomu testowania ogółem oraz ze zbyt niskiej liczby wykonywanych testów PCR w stosunku do testów antygenowych i niepotwierdzania testem PCR pozytywnego wyniku testu antygenowego), jest bowiem bardziej niebezpieczny dla młodszych grup wiekowych niż poprzednie warianty SARS-CoV-2. O ile jednak rząd zdaje się przynajmniej rozważać obowiązkowe szczepienia pracowników ochrony zdrowia, o tyle w przypadku sektora edukacji można usłyszeć – z Ministerstwa Edukacji Narodowej i Nauki – twarde „nie”. Również akcja szczepień w szkołach budzi wątpliwości. Nie wiadomo, czy szkoły będą mogły w ogóle weryfikować szczepienia uczniów. Nie wiadomo, na ile będą mogły mobilizować i przekonywać rodziców do zaszczepienia dzieci i młodzieży, by nie zostało to uznane za wywoływanie „wojny polsko-polskiej” (tak o prowadzeniu szczepień w szkołach mówiła w sierpniu małopolska kurator oświaty Barbara Nowak). Dyrektorzy szkół podkreślają, że bez wiedzy, ilu uczniów jest zaszczepionych, trudno będzie im np. podejmować decyzje o przejściu na nauczanie hybrydowe po odnotowaniu przypadków zakażenia.

Choć 1 września zaczniemy już drugi pandemiczny pełny rok szkolny – i prawdopodobnie przywitamy kolejną falę pandemii – nic nie wskazuje, by państwo wyciągnęło wnioski ze szkód, jakie ponieśliśmy w poprzednich falach. I z błędów, jakie zostały popełnione przed 1 września 2020 r.

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 9/21)

ANTYSZCZEPIONKOWY KOMENTARZ DO RZECZYWISTOŚCI

W ostatnim czasie duże oburzenie wzbudza zachowanie grupy osób, określanych zbiorczym mianem: „an-

tyszczepionkowcy” (innego, mniej dyplomatycznego nazewnictwa, przywoływać w tym miejscu nie będziemy).



Działalność tej grupy przestała ograniczać się do agresywnej aktywności w internecie – gdzie na wszystkich możliwych platformach atakują zarówno sam fakt szczepienia przeciwko COVID-19 jak i osoby, które pracują w punktach szczepień i propagują tę akcję – lecz zaczyna także obejmować nowe obszary życia. Grupa ludzi, nazywających samych siebie: „antyszczepionkowcami” lub (co samo w sobie jest kuriozalne) „wolnościowcami”, sięga niestety do środków przemocy fizycznej i nie waha się zastraszać lekarzy, rozpowszechniających ideę szczepienia przeciwko COVID-19.

Wystarczy przytoczyć tylko kilka ostatnich wybryków, żeby zdać sobie sprawę ze skali niebezpieczeństwa opisywanego zjawiska (doniesienia medialne):

- Antyszczepionkowcy zaatakowali szczepionkobus stojący na bulwarze w Gdyni. Grupa kilkunastu osób otoczyła pojazd i krzyczała m.in.: „Jesteście zabójcami”. Na miejsce musiała przyjechać policja, bo medycy nie czuli się bezpiecznie (za: medonet.pl);

- Przed Ginekologiczno-Położniczym Szpitalem Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu odbywał się „piknik laktacyjny” – wydarzenie dla rodziców spodziewających się dzieci. Tego samego dnia w placówce ruszyła akcja szczepień przeciw COVID-19 dla kobiet w ciąży. W czasie trwania pikniku przed poznańskim szpitalem zgromadziło się kilkadziesiąt osób protestujących przeciwko szczepieniom, które przyniosły ze sobą transparenty i wznosiły okrzyki. – „Zaczęli przeskakiwać przez ogrodzenie, kilku wtargnęło na teren szpitala. Grupa ubrana w ciuchy wojskowe zaczęła wchodzić na teren pikniku i zadawać jakieś głupie pytania. Zaczęli nam zarzucać, że prowadzimy eksperymenty na ludziach. Rodzice poczuli się zagrożeni. Pracownicy byli zestresowani” – opowiada w rozmowie z O2 świadek wydarzeń (za: onet Poznań);

- 25 lipca br. członkowie grupy „Polskie Żółte Kamizelki” próbowali siłą dostać się do punktu szczepień w Grodzisku Mazowieckim. Doszło do awantury i szarpaniny z ochroniarzami, na miejsce przyjechała policja;

- W Zamościu, sprawca podpalił Państwową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną oraz punkt szczepień;

- Do kolejnego ataku antyszczepionkowców doszło w Aleksandrowie Kujawskim. Grupa określająca się jako „Bydgoskie Kamractwo Rodaków” wtargnęła do domu dziecka i groziła pracownikom placówki.

W świetle przytoczonych powyżej okoliczności, retorycznym wydaje się pytanie – czy pracując w atmosferze przemocy można czuć się bezpiecznie?

Nie powinniśmy – zwłaszcza dla własnego dobra psychicznego – z góry nastawiać się na najgorszy ze scenariuszy – w którym staniemy oko w oko z przemocą fizyczną. Należy jednak liczyć się z tym, że lekarz (nawet taki, który nie uczestniczy w akcji szczepień antycovidowych) stanie się celem mniej lub bardziej agresywnej presji, ze strony antyszczepionkowców.

Przemoc fizyczna, groźby – zgłaszajmy na policję

Jest rzeczą oczywistą, że w przypadku, gdy będziemy świadkami lub (co gorsza celem) ataku fizycznego, powinniśmy zgłosić sprawę policji. W grę mogą tu wchodzić przestępstwa takie jak – naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 kk: kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku) lub spowodowanie ciężkiego (art. 156 kk) lub średniego bądź lekkiego (art. 157 kk) uszczerbku na zdrowiu.

Warto pamiętać, że przestępstwo naruszenia nietykalności cielesnej ścigane jest – z wyjątkiem sytuacji, w której przysługuje nam ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu – z oskarżenia prywatnego (co do zasady). Powyższe oznacza (krótko rzecz ujmując), że samodzielnie przed sądem popieramy nasze oskarżenie (dostarczając dowody popełnienia przestępstwa) i żądamy ukarania sprawcy czynu. W przypadku przestępstwa, skutkującego powstaniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ściganie odbywa się z urzędu. Praktyczny wymiar tej sytuacji, sprowadza się do tego, że po złożeniu zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, prokuratura prowadzi sprawę samodzielnie – co oznacza, że nie my, lecz prokurator sporządza i przekazuje do sądu ewentualny akt oskarżenia przeciwko sprawcy. W każdym jednak przypadku – niezależnie od tego czy mamy do czynienia z przestępstwem ściganym z urzędu czy z oskarżenia prywatnego – należy zacząć od zgłoszenia sprawy policji.

Podobnie – jak opisano powyżej – należy postąpić w sytuacji, gdy „nieproszony gość” (zastosujemy takie subtelne określenie), użyje przeciwko nam groźby karalnej – która polega na groźeniu popełnieniem przestępstwa na szkodę naszą lub osoby nam najbliższej (art. 190 kk). Dla istnienia tego przestępstwa kluczowa jest okoliczność – czy obawiamy się spełnienia tej wyrażonej wobec nas groźby. Ściganie opisywanego czynu odbywa się na wniosek. Oznacza to, że musimy – najczęściej przy okazji zawiadomienia policji/prokuratora o podejrzeniu popełnienia takiego przestępstwa – złożyć formalnie wniosek o ściganie i ukaranie sprawcy czynu. Później, sprawa toczy się już tak, jakby była ścigana z urzędu – tj. wszystkie czynności wykonują organy ścigania. Nie musimy zatem występować do sądu z oskarżeniem prywatnym (tak, jak dzieje się to w opisanym wcześniej przypadku przestępstwa naruszenia nietykalności cielesnej).

Warto pamiętać, że przestępstwo groźby karalnej może zostać popełnione nie tylko w formie bezpośredniej – wypowiedzianej wobec nas groźby. Do popełnienia tego czynu zabronionego może dojść również poprzez wyrażenie groźby w formie np. pisma, listu a nawet przez każde zachowanie sprawcy, które w sposób ewidentny i zrozumiały dla nas wyraża swoją treść.

Przestępstwem jest zmuszanie innej osoby poprzez stosowanie przemocy lub groźby bezprawnej – do okre-

ślonego działania, zaniechania lub znoszenia (art. 191 kk). Niedopuszczalna jest zatem sytuacja gdy „nieproszony gość” stara się poprzez swoje zachowanie (z użyciem przemocy lub groźby bezprawnej) zmusić nas np. do odstąpienia od wykonywania kwalifikacji do szczepień lub samych szczepień. Takie zachowanie jest ścigane przez prawo karne. Warto pamiętać, że opisywane przestępstwo jest ścigane z urzędu. Wystarczy zatem nasze zawiadomienie, aby machina prawa karnego mogła w tej sprawie ruszyć.

W katalogu przestępstw które mogą niestety mieć zastosowanie do aktywności antyszczepionkowej grupy konstatatorów rzeczywistości, należy wskazać także na czyn określony w art. 190a. § 1 kk który stanowi: „kto przez uporczywe nękanie innej osoby lub osoby jej najbliższej wzbudza u niej uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia lub istotnie narusza jej prywatność, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

Do opisanej grupy zachowań zaliczyć można np. uporczywe nękanie poprzez wiadomości sms, email, telefony, nachodzenie – np. w gabinecie lekarskim. Ważne, aby zachowanie sprawcy nosiło znamiona uporczywości oraz wzbudzało w nas poczucie zagrożenia, poniżenia itp.

Ochrona należna funkcjonariuszowi publicznemu

Zgodnie z art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku, o którym mowa w art. 30 (obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej) albo 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 należna funkcjonariuszowi publicznemu.

Zwiększona ochrona prawna lekarza – taka jak przewidziana dla funkcjonariusza publicznego, wiąże się przede wszystkim z tym, że sprawcy przestępstwa grozi surowsza kara, a sam czyn będzie ścigany z oskarżenia publicznego (z urzędu). W tym kontekście warto wymienić takie przestępstwa jak: naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego (art. 222 kk), czynna napaść na funkcjonariusza publicznego (art. 223 kk), znieważanie funkcjonariusza publicznego (226 kk).

Ludzie listy piszą

Lekarze (również z obszaru działania tutejszej Izby Lekarskiej) otrzymują korespondencję, w której możemy przeczytać (zachowano pisownie oryginalną): „informujemy, że w przypadku potwierdzenia faktu prowadzenia przez lekarzy nachalnej agitacji proszczepionkowej (tj. narażania pacjentów na możliwość utraty zdrowia/ życia ku uciesze farmaceutycznych koncernów bez uprzedniego poinformowania (szczególnie najmłodszych) o szczepionkowym eksperymencie medycznym na ludziach, sprawa

wy takie będziemy nagłaśniać i składać zawiadomienia”. Podpisano: List Lekarzy, Polskie Stowarzyszenie Niezależnych Lekarzy i Naukowców, Grupa C-19.

W tym przypadku, pomimo, że sama treść listu jest irytująca, trudno udowodnić zamiar popełnienia przestępstwa. Nie należy zatem pokładać zbytnej nadziei na stanowczą reakcję organów ścigania w przypadku zawiadomienia o tego rodzaju naciskach. Nie oznacza to jednak, że należy pozostawić całą sprawę bez jakiegokolwiek reakcji. Jeśli otrzymacie Państwo takie lub podobne pismo (istnieje spore prawdopodobieństwo, ponieważ tego rodzaju korespondencja wysyłana jest taśmowo), proszę o zawiadomienie o tym fakcie tutejszej Izby Lekarskiej – mail: k.izdebski@hipokrates.org lub torun@hipokrates.org.

Podsumowując...

Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że akcja szczepień przeciwko COVID-19 w ostatnim czasie poważnie zwolniła tempo. Próżno szukać zorganizowanej centralnie, mądrej, racjonalnej kampanii proszczepionkowej. Nie służą sprawie popularyzacji szczepień mocno nagłaśniane wypowiedzi przedstawicieli władzy – vide: „nie szczepię się bo nie”, a ostatnio stanowisko samego Ministra Zdrowia, który raczył stwierdzić, że musi przyrzec się potrzebie podania trzeciej dawki szczepionki w kontekście potencjalnego interesu i lobbingu firm farmaceutycznych („Muszę znać poważne argumenty, że realizujemy interes pacjentów a nie firm farmaceutycznych” cyt. za Rzeczpospolitą z 02.08.2021 r.). Powyższa wypowiedź Ministra za chwilę zostanie ochoczo podchwyczona przez antyszczepionkowców, którzy przecież od dawna twierdzą, że lekarze propagują szczepienia, bo mają w tym interes – dostają pieniądze od firm farmaceutycznych.

Liczba osób zaszczepionych w Polsce wciąż daleka jest od ideału, mało pocieszająca w tym wszystkim jest okoliczność, że nie stanowimy jakiegos wielkiego wyjątku. Jak podaje „Financial Times”, choć program szczepień rozpoczął się przeszło pół roku temu, a preparatów nigdzie już nie brakuje, wciąż tylko 48% Amerykanów jest w pełni zaszczepionych (źródło: Rzeczpospolita z 18.07.2021 r.).

Propaganda antyszczepionkowa będzie z pewnością przybierać na sile. Jeśli będzie to jedynie siła polemiki, wyrażanej w granicach prawa, uznać to należy za przejaw demokracji i wolności wyrażania swoich poglądów. Stanowczo należy sprzeciwić się przejawom przemocy fizycznej, zastraszania i zwykłego chuligaństwa – to nie ma nic wspólnego z demokratycznym dyskursem.

Jeśli staniecie się Państwo celem ataku przedstawicieli lobby antyszczepionkowego (w jakiegokolwiek formie: groźby ustne, pisemne, uporczywe nękanie) – proszę zgłaszać takie przypadki tutejszej Izbie Lekarskiej.

*mec. Krzysztof IZDEBSKI
Rzecznik Praw Lekarza KPOIL
(przedruk z „Meritum” nr 4/21)*

LEKARZ WOBEC HEJTU NIE MUSI BYĆ BEZRADNY

Pojawiające się w ostatnich miesiącach informacje o atakach na punkty szczepień, groźbach pozbawienia życia i zdrowia oraz publikowanych w Internecie obraźliwych komentarzach kierowanych do lekarzy, stanowią dobre tło do przedstawienia pozycji lekarza w postępowaniu karnym z niecodziennej strony.

W procesie karnym wielu lekarzy występowało w charakterze świadka lub biegłego. Niektórzy musieli także zmierzyć się z rolą podejrzanego lub oskarżonego. Pewnym zaskoczeniem jest natomiast lekarz będący pokrzywdzonym. Nie chodzi tu jednak o sytuacje, w których – tak jak każda inna osoba – może być ofiarą, np. oszustwa, pobicia, kradzieży, rozboju lub wypadku samochodowego. Nieoczywistość pojawia się, gdy mówimy o lekarzu jako pokrzywdzonym przestępstwem wynikającym z relacji lekarz–pacjent lub lekarz–społeczeństwo.

Odczuwalne jest nasilenie czynów godzących w dobra osobiste lekarzy, posiadane przez nich mienie, a nawet godzących w najwyższe wartości, jakimi są życie i zdrowie. W mediach od pewnego czasu pojawiają się informacje o uwagach, groźbach czy obraźliwych komentarzach. Dochodzi także do aktów wandalizmu skierowanych wobec mienia należącego do przedstawicieli zawodów medycznych, jak też wobec placówek, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Coraz częściej w przestrzeni publicznej spotykane są określenia, takie jak: „konował”, „lekarzyna”, „nieuk”, „morderca”, „Mengele”. Przybija również kategoryzowania lekarzy jako nazistów, ludobójców, łapówkarzy.

Tego rodzaju inwektywy najczęściej są rozpowszechniane w sieci przez bezimiennych sprawców w komentarzach lub opiniach. Podpisują się oni alisami, pseudonimami, korzystają z fałszywych tożsamości. Działają w warunkach zapewniających im anonimowość wykorzystując do tego Internet lub kartki papieru rozwieszane w widocznych miejscach, wkładane za wycieraczki pojazdów, skrzynek pocztowych.

Kluczowe materiały dowodowe

Anonimowość nie oznacza bezkarności. Trudności w ustaleniu sprawcy lub sprawców nie powinny przesłonić najważniejszego – ochrony życia i zdrowia swojego oraz swoich najbliższych, jak również ochrony dobrego imienia tak potrzebnego do wykonywania zawodu zaufania publicznego. Zebranie materiału dowodowego nie jest łatwe, ale nie jest niemożliwe. W przypadku aktów wandalizmu pomocny może być monitoring miejski, zamontowany w klatce schodowej, na parkingu, w zaparkowanym pojeździe. Świadkowie mogą odpowiedzieć na apel, np. zamieszczony w mediach społecznościowych. W miarę możliwości można też zarejestrować za pomocą telefonu komórkowego, np. rozmowę telefoniczną, skopiować wiadomości tekstowe zawierające groźby lub obelżywe słowa, wykonać zrzuty ekranu stron, gdzie zamieszco-

ne zostały obraźliwe komentarze. Istotne do zidentyfikowania sprawcy lub sprawców są numery telefonów, używane aliasy internetowe, adresy mailowe, godzina, data i miejsce, w którym zamieszczono wpis. W przypadku bezpośredniego kontaktu warto też niezwłocznie zawiadomić organy ścigania, aby ułatwić zatrzymanie sprawcy.

Bierność pokrzywdzonych buduje poczucie bezkarności

Ściganie czynów zabronionych wiążących się ze zjawiskiem tzw. hejtu, tj. stalking (art. 190a k.k.), groźby karalne (art. 190 k.k.), zniewaga (art. 212 k.k.) i zniesławienie (art. 216 k.k.) powierzone jest (prywatny akt oskarżenia) lub uzależnione od woli pokrzywdzonego (wniosek o ściganie). Ten nie powinien natomiast z przyznanych mu uprawnień rezygnować. Brak bowiem stosownej reakcji ze strony organów państwa prowadzi do eskalacji tego rodzaju zachowań i buduje poczucie bezkarności. Powoduje, że agresja przenoszona jest z Internetu do miejsc pracy (poradni, szpitali) oraz miejsc zamieszkania. W niedalekiej przeszłości doświadczyliśmy tragedii, które dotknęły osoby publiczne (atak na prezydenta Gdańska, atak na biuro poselskie w Łodzi). Te wydarzenia ukazują, że zachowania oparte na zniesławianiu, znieważaniu i groźeniu pozbawieniem życia i zdrowia nie mogą być bagatelizowane, lecz powinny być ścigane z pełną determinacją.

Pozycja pokrzywdzonego w procesie karnym daje wiele możliwości czynnego udziału w postępowaniu karnym. Lekarz może korzystać z uprawnień procesowych, takich jak: zaskarżanie postanowień o odmowie wszczęcia lub o umorzeniu postępowania, składanie wniosków dowodowych, udział w czynnościach procesowych, np. przy przesłuchaniu świadków. Będąc oskarżycielem prywatnym, lekarz „wciela się” w rolę oskarżyciela, natomiast w sprawach ściganych z urzędu może działać jako oskarżyciel posiłkowy (po złożeniu stosownego oświadczenia). Dzięki temu zyskuje możliwość udziału w rozprawach przed sądem, ma prawo składać wnioski dowodowe i wypowiadać się odnośnie do każdego dowodu, jak też ma prawo zaskarżenia wyroku. Przysługujące mu uprawnienia zachowuje także przed sądem odwoławczym. Innymi słowy, pokrzywdzony ma kontrolę nad toczącym się procesem karnym, w którym – obok skazania winnych – możliwe jest uzyskanie zadośćuczynienia za doznane krzywdy lub odszkodowania.

Poniżej skróciwa charakterystyka przestępstw zniesławienia, zniewagi oraz groźb karalnych*.

Zniewaga i zniesławienie

Przedmiotem ochrony przy przestępstwie zniesławienia jest cześć i godność osoby pomawianej o postępowanie lub właściwości, które są sprzeczne z prawem, z zasadami etyki, w tym etyki zawodowej oraz np. o brak kompetencji lub zdolności do wykonywania danego zawodu. Pomówienie może być zrealizowane nie tylko ustnie, lecz



także pisemnie oraz m.in. za pomocą druku, rysunku, przy użyciu technicznych środków przekazu informacji (np. telefon, Internet). Pomówienie musi odnosić się do postępowania (np. popełnienie przestępstwa) lub właściwości (np. alkoholizm, narkomania, choroba psychiczna), które mogą poniżyć daną osobę w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności.

Przedmiotem ochrony przy przestępstwie zniewagi jest cześć wewnętrzna (podmiotowa), czyli godność. Chroniona jest godność każdej osoby fizycznej, bez względu na jej płeć, wiek, status społeczny czy pochodzenie. Zniewagę stanowią wypowiedzi godzące w godność danej osoby, obelżywe lub ośmieszające, niedające się zracjonalizować. Ze względu na to, że zniewaga godzi w poczucie własnej wartości danej osoby, znieważenie – inaczej niż zniesławienie – może nastąpić także wtedy, gdy odbiorcą wypowiedzi o treści naruszającej cześć jest wyłącznie ta osoba.

Ściganie następuje na podstawie prywatnego aktu oskarżenia, czyli skargi wnoszonej do sądu lub do Policji przez pokrzywdzonego. Nie jest wszczynane śledztwo lub dochodzenie, choć Policja na zlecenie sądu dokonuje określonych czynności dowodowych, np. ustalenie adre-

sów IP. Prokurator może z uwagi na ważny interes społeczny objąć ściganiem lub przyłączyć się do toczącego się postępowania.

Groźby karalne

Treścią groźby karalnej jest zapowiedź popełnienia przestępstwa na szkodę zagrożonego lub jego osoby najbliższej i musi oddziaływać na psychikę zagrożonego w taki sposób, aby mógł on obawiać się, że groźba będzie spełniona. Forma groźby nie ma znaczenia. Groźba może być wyraźna lub dorozumiana. Grozić można słowem, gestem lub innym zachowaniem się, które w zamiarze grożącego ma być rozumiane jako groźba popełnienia przestępstwa i w rzeczywistości może być tak rozumiana.

Przestępstwo to jest ścigane na wniosek. Pokrzywdzony musi zatem – składając zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa – złożyć także wniosek o ściganie sprawcy.

** - w tym celu wykorzystano tezy do art. 190, 190a, 212, 216 zawarte w M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa (red.), Kodeks karny. Komentarz aktualizowany, LEX/el. 2021.*

*Dr n. pr. Amadeusz MAŁOLEPSZY
(przedruk z „Panaceum” nr 9.21)*

ODESZLI OD NAS

JANUSZ KOPA - WSPOMNIENIE DOBREGO LEKARZA

28 sierpnia 2021 r. zmarł znany krapkowicki chirurg, lek. med. Janusz Kopa. Spoczął na krapkowickim cmentarzu żegnany przez najbliższą rodzinę, znajomych, pacjentów i grono współpracowników. Każda śmierć człowieka jest nieodżałowana, zwłaszcza zaś tego, któremu tak wielu z nas zawdzięcza swoje zdrowie i życie.

Janusz Kopa przyszedł na świat 6 marca 1938 r. W 1961 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi. Po odbyciu dwuletniego stażu poddyplomowego pod nadzorem prof. Molla, od 1 kwietnia 1962 roku podjął pracę na Oddziale Chirurgii w Krapkowicach. W 1966 r. uzyskał I stopień specjalizacji, a w 1973 r. II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Był uczniem docenta Klemensa Kiryłowicza – twórcy Opolskiej Szkoły Chirurgicznej. Od 1971 roku pełnił funkcję zastępcy Ordynatora Oddziału Chirurgicznego, a cztery lata później, w wyniku konkursu, objął stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgicznego. Był najdłużej piastującym to stanowisko w dziejach Opolszczyzny.

Prowadzony przez doktora Kopę oddział reprezentował wysoki poziom chirurgii. Wykonywane były wszystkie zabiegi operacyjne odpowiadające stopniowi referencyjno-

ści oddziału. Janusz Kopa wyróżniał się profesjonalizmem w zakresie diagnostyki i leczenia chorób. Wprowadzał nowoczesne techniki operacyjne, w tym, jako jeden z pierwszych w województwie, zabiegi laparoskopowe, a techniki szycia mechanicznego, tzw. staplery, były w użyciu natychmiast po wprowadzeniu ich na polski rynek medyczny.

Pod jego kierunkiem kilkunastu chirurgów zdobyło stopnie specjalizacyjne I i II stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Przez dwie kadencje pełnił funkcję Przewodniczącego Opolskiego Towarzystwa Chirurgicznego.

Po osiągnięciu wieku emerytalnego i przejściu na emeryturę cały czas praktykował, nie opuszczając swoich pacjentów. Kierując się odpowiedzialnością, doświadczeniem i potrzebą serca, nie mógł żyć bez ciągłego kontaktu z pacjentami. Praktycznie do końca życia pozostał z nimi, pracując w poradni chirurgicznej Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.



Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 21 sierpnia 2021 r. zmarł w wieku 54 lat
lekarz stomatolog

Waldemar GALUS

Pogrążeni w smutku
Mama oraz siostra i brat z rodzinami

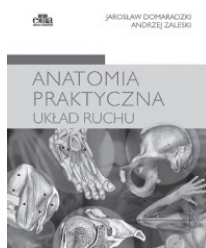
Z wielkim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 4 września 2021 r. odeszła od nas lekarz

Anna SKOWRONEK

wieloletni Ordynator Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Szpitala MSWiA w Opolu
Pogrążeni w smutku
Koleżanki i Koledzy lekarze ze szpitala MSWiA w Opolu

EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. •
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl •
tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w

NOWOŚCI WYDAWNICZE



ANATOMIA PRAKTYCZNA. UKŁAD RUCHU

A. Zaleski, J. Domaradzki

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-70-1, format 210 x 270, oprawa
miękka, str. 162, cena: 71,11 zł

Kompleksowe ujęcie anatomii opisowej, funkcjonalnej, rentgenowskiej i palpacyjnej. „W opracowaniu podręcznika wykorzystaliśmy nasze doświadczenie z wieloletniej pracy dydaktycznej, zarówno w przekazywaniu wiedzy teoretycznej, jak i umiejętności praktycznych studentom fizjoterapii i innych specjalności, w czasie zajęć akademickich, szkoleń i kursów, a także w pracy klinicznej z pacjentem. Słuchacze wielokrotnie stawiali konkretne pytania. Wyczerpujące odpowiedzi na te najczęściej zadawane znalazły się na kartkach tej książki.

Dołożyliśmy wszelkich starań, by podręcznik prezentował wysoki poziom aktualnej i szerokiej wiedzy anatomicznej potrzebnej studentom, a także by był wsparciem dla czynnych zawodowo, działających w różnych obszarach fizjoterapeutów oraz wszystkich zainteresowanych tematem budowy i funkcjonowania ludzkiego organizmu”.

Z Przedmowy

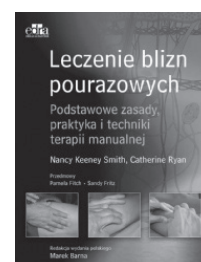
* * *

LECZENIE BLIZN POURAZOWYCH. PODSTAWOWE ZASADY, PRAKTYKA I TECHNIKI TERAPII MANUALNEJ

C. Ryan, N. Keeney-Smith

Rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-08-4, format 210 x 270, oprawa
miękka, str. 272, cena: 134,10 PLN



Leczenie tkanki bliznowatej jest ogromnym i narastającym problemem dla terapeutów manualnych i masażyści. Badania wykazały, że odpowiednie techniki terapeutyczne mogą przynieść znaczące rezultaty. Ten praktyczny podręcznik daje jasne wskazówki terapii, co robić (a czego nie robić) w postępowaniu z pacjentami z bliznami pourazowymi.

Książka Leczenie blizn pourazowych. Podstawowe zasady, praktyka i techniki terapii manualnej jest jedną z najciekawszych i najbogatszych merytorycznie publikacji, z jakimi miałem do czynienia. Choć jej tematyka krąży wokół leczenia blizn urazowych, to treść sięga na tyle głęboko i szeroko, że może stanowić inspirację i pomoc w rozwoju warsztatu zawodowego fizjoterapeutów, osteopatów, lekarzy, masażyści, terapeutów zajęciowych i innych przedstawicieli zawodów medycznych. Autorki posiadają ogromne doświadczenie kliniczne, co jest odczuwalne zarówno w formie, jak i treści niniejszej książki. Liczne uwagi kliniczne i rozważania dotyczące zagadnień patofizjologicznych odnoszą się zawsze do rozwiązywania realnych problemów w pracy z pacjentami. Autorki wykazały się obszerną znajomością najnowszych trendów naukowych i klinicznych z pogranicza neuronauki, medycyny, terapii powięziowych, pracy z ciałem i psychologii. Co więcej, książka jest przejrzysta i przystępnie napisana, co ułatwia korzystanie z niej, a wiedza tu zawarta może być natychmiast wykorzystywana w pracy z pacjentami. Niniejsza publikacja to obowiązkowa pozycja w bibliotece każdego klinicysty.

Marek Barna

Nutrikon Sp.z o.o. zaprasza do udziału w XII Opolskich Warsztatach Medycznych „Postępy w leczeniu ran przewlekłych. Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe.” w dniach 26-27. 11.2021 r. w Kamieniu Śląskim. Program Warsztatów oraz zapisy www.nutrikon.pl.

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarzy specjalistów psychiatrów, lekarzy w trakcie specjalizacji lub chętnych do specjalizacji w psychiatrii. Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 77/403-43-07 lub e-mail - sws.kadry@op.pl.

Wynajmę gabinet w Strzelcach Opolskich - tel. 607-312-904.



Zobaczysz jeszcze więcej
Samsung RS85 Prestige

Samsung RS85 to istna rewolucja w ultrasonografii dzięki nowym funkcjom diagnostycznym i doskonałej jakości obrazowania. To jeszcze większa pewność diagnostyczna i uproszczony, bardziej przyjazny system. RS85 to aparat, który zrewolucjonizuje Twój gabinet.

Technologia w zasięgu
Samsung HS40

Atrakcyjna cena w połączeniu z nowoczesną technologią – to właśnie aparat ultrasonograficzny Samsung HS40. Popraw możliwości wizualne każdego badania i zapewnij efektywną diagnostykę.



GEMED® | ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów | 32 350 04 18 | gemed@gemed.info.pl

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30–15.30**; środa **7.30–16.00**; piątek **7.30–15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952, przyjmuje:
poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00, czwartek 14.00–16.00,
piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel.
77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

BAZA NOCLEGOWA | PRO MEDICO
WARSZAWA
UL. SOBIESKIEGO 102A



- SZUKASZ MIEJSCA, W KTÓRYM POCZUJESZ SIĘ JAK W DOMU, PODCZAS KURSÓW LUB KONFERENCJI?
- CHCESZ SPĘDZIĆ WAKACJE Z RODZINĄ W STOLICY?
- WRACASZ LUB WYBIERASZ SIĘ W PODRÓŻ I SZUKASZ NOCLEGU W WARSZAWIE, ABY KOLEJNEGO DNIA WYRUSZYĆ W DALSZĄ DROGĘ?



PREFERENCYJNE CENY
DLA LEKARZY
I LEKARZY DENTYSTÓW!

**REZERWACJA
TYLKO ONLINE!**

SZCZEGÓŁY:
WWW.IZBA-LEKARSKA.ORG.PL

 **BAZA NOCLEGOWA**

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39,
www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach; OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X