

WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA

100-lecie powstania



*Izby Lekarskiej
Poznańsko-Pomorskiej*

Już **27 października** zapraszamy
na konferencję poświęconą tematyce **RODO!**

W programie m.in.

- przetwarzanie danych dotyczących zdrowia w czasie epidemii, w tym szczepień przeciwko COVID-19 z perspektywy zarządzającego podmiotem leczniczym
- przetwarzanie danych dotyczących zdrowia za pomocą narzędzi komunikacji zdalnej
- wymiana/udostępnianie danych w dobie epidemii – granice interesu publicznego i interesu osoby fizycznej

i wiele innych ciekawych tematów!



KONFERENCJA RODO
27 PAŹDZIERNIKA 2021

wil.org.pl/konferencja-rod0/

konferencja
w formie hybrydowej

**JESIENNE STOMATOLOGICZNE
WYDARZENIA EDUKACYJNE**

wil.org.pl/stomatologiczne-wydarzenia-edukacyjne/

- **ENDO AKADEMIA STOPIEŃ 1** | 23.11.2021
Endodoncja krok po kroku... najważniejsze podstawy skutecznej terapii
- **ENDO AKADEMIA STOPIEŃ 2** | 24.11.2021
Opracowanie maszynowe i dezynfekcja kanałów
- **ENDO AKADEMIA STOPIEŃ 3** | 25.11.2021; 26.11.2021
Gutaperka na ciepło i mikroskop stomatologiczny
- **ENDO AKADEMIA STOPIEŃ 4** | 27.11.2021; 28.11.2021
Reendo, perforacje i złamane narzędzia

patronat:
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

**NOWE WYDARZENIA EDUKACYJNE
W CENTRUM KONFERENCYJNYM WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

już wkrótce!

• **Miesiąc diagnostyki onkologicznej w praktyce lekarza POZ**

szkolenia w zakresie diagnostyki nowotworów głowy i szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, piersi i nie tylko...

• **COVID-19**

leczenie COVID-19 w praktyce lekarza rodzinnego, doświadczenia szpitala tymczasowego MTP w leczeniu COVID-19 dla lekarzy POZ, schorzenia neurologiczne i pulmonologiczne jako następstwa przebytego zakażenia wirusem SARS-CoV-2

• **Szkolenia o tematyce prawnej**

odpowiedzialność cywilna, karna i zawodowa lekarzy i lekarzy dentyków

szczegóły już niebawem na stronie wil.org.pl/szkolenia

Diagnoza wstępna



17 września 2021 r. to był dla nas wyjątkowy dzień. Rektor – prof. dr. hab. n. med. Andrzej Tykarski i dziekan dr hab. n. med. Wiesław Markwitz, prof. UMP stwierdzili, że powagą naszej Akademii z wielkim uznaniem odnawiamy tej najszlachetniejszej Pani/temu najszlachetniejszemu Panu

Godność lekarza dentysty/lekarza medycyny

Oto fragment uroczystego pisma, które z okazji 50 lat uzyskania dyplomu lekarza medycyny i lekarza dentysty z wielką powagą zostało nam wręczone.

Było uroczyście, wzruszająco, ze wspomnieniami tamtych lat studiów i radości z naszego młodego życia. Piotr Dylewicz przypomniał trudne studiowanie tego najpiękniejszego zawodu świata. Ale i czasy wspólnych podróży po naszym pięknym kraju, jak również wyjazdów zagranicznych. Do wspomnień Piotra dorzucę jedno z niezwykłych wydarzeń. Było to w Pradze – pięknym mieście, pełnym zabytków i mostów. Pogoda była upalna, a nasz przewodnik miał ambicję pokazania nam jak najwięcej. Tylko ten upał... Sytuację uratował Maciej Strzyżowski, proponując nowy system zwiedzania: dwa zabytki, przerwa i jedno piwo. A jakie piwo mają Czesi – wiadomo. Propozycja została przyjęta z entuzjazmem. Z małą modyfikacją: nie dwa zabytki i jedno piwo, tylko dwa piwa i jeden zabytek...

Z tego co wiem, system upowszechnił się w całej Polsce... Na koniec trochę poważniej.

Czwarta fala covidowa rozwija się tak, jak przewidywano. Faktem jest, że w połowie września liczba dziennych zachorowań rosła. Nie są to dobre wiadomości. Z drugiej strony ludzie reagują na nie dużo spokojniej niż dotąd. Przywykliśmy? Tak jak byśmy wiedzieli, że z wirusem dzieje się, jak się dzieje, nic na to poradzimy, czekamy. Czy tak będzie przy każdej kolejnej fali, że prędzej czy później epidemia ustąpi? Tylko najlepiej na stałe. Powoli otwieramy niedawno zamykane (bo niepotrzebne) szpitale tymczasowe, i pytanie: czy tak musi być? Potrafimy przewidzieć, że fala następuje po fali, bo taka jest natura covidu, i tyle. Okazuje się bowiem, że szczepionki nie gwarantują pełnej odporności, owszem – powodują złagodzenie objawów zachorowań, i nadal czekamy na preparaty skuteczniejsze, o maksymalnym spektrum działania. Jesteśmy optymistami?

Andrzej Baszkowski

Spis treści

100-lecie Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej	4
Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Poznań, 3 września 2021 r.	5
100 lat samorządu lekarskiego	6
Filmowa historia samorządu lekarskiego	7
Film: „Działania samorządu lekarskiego w czasie pandemii”	7
Spotkanie, dyskusja i wymiana informacji	9
Wielki protest pracowników ochrony zdrowia w Warszawie	11
Byłem na proteście...	11
Powoli, ale systematycznie wzbiera	13
Rozsypany system płac	15
Klinika Chojraków tuż, tuż!	16
Dolina Krzemowa w gabinetach medycznych	17
Z medycznej wokandy	18
Tylko 17 procent objętych taryfą	19
Szczepienia, szczepienia, szczepienia...	20
Dawka informacji	22
SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM	23
Ochrona danych osobowych – wymiana EDM	24
Nie chcę leczyć ludzi, tylko dla nich grać...	25
Sala gimnastyczna zmieniła się w nowoczesny oddział szpitalny	25
SHORT CUTS	26
W Ostrowie ponownie połała się krew	27
Wspomnienie o Krzysztofie Bayerze	28
Wspomnienie o Annie Parowicz- -Stadniczenko	29
Wiersze	30



Artur de Rosier
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Okiem prezesa...

100-lecie Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej

Lata 20. ubiegłego wieku to epoka jazzu, początków kinematografii, rozwoju myśli technicznej, złote lata polskiego *art déco*. Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. Polska była krajem ożywionym duchem odnowy, poszukiwań i nadziei na przyszłość, jeszcze nieświadoma tragedii, jaką przyniesie II wojna światowa. Na fali tych przemian w roku 1921 uchwalono ustawę o ustroju i zakresie działania izb lekarskich, i została utworzona Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska z siedzibą w Poznaniu. Jej ówczesne terytorium obejmowało dzisiejsze izby w Gdańsku, Toruniu, Bydgoszczy i Poznaniu. Stąd też obecność [na obchodach 100-lecia Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej] prezesów izb lekarskich z Gdańska, Torunia i myślamy jest z nami prezes z Bydgoszczy.

Medycyna zawsze wnikała w historię powszechną i kształtowała nasze dzieje. Postęp w medycynie, jaki nastąpił w minionym 100-leciu, i odkrycia w dziedzinie medycyny pozostają bez wątpienia jednymi z najbardziej wpływających na ludzkie życie. Mimo tak wielu różnic w diagnostyce, technologii medycyny, jaką mamy obecnie, a mieli do dyspozycji nasi koledzy 100 lat temu

jest jedno, co nas łączy: *salus aegroti suprema lex esto*.

W historii samorządu lekarsko-dentystycznego istnieje luka między okresem powojennym a odnowieniem izb lekarskich w 1989 r. Żywo w pamięci mamy obchody 30-lecia odnowionych izb 2 lata temu. Czy zatem mamy prawo do obchodów 100-lecia dziś? Chociaż izby lekarskie w latach 1950–1989 nie działały, nie oznacza to, że nie istniały. Bo izby lekarskie to MY – lekarze i lekarze dentyści. Byliśmy i będziemy zawsze, tak jak z życiem ludzkim nierozzerwalnie związane są narodziny, choroby i śmierć.

Mamy więc nie tylko prawo, ale i obowiązek wobec pokoleń lekarzy i lekarzy dentyistów ustanowić nowy kamień milowy w historii samorządu, czcząc 100-lecie jego powstania.

Wspomnienia są naszą siłą, rozpraszają cienie, nie pozwalają, by pamiętne rocznice się zatarły. A kiedy mrok próbuje powrócić, zapalamy wielkie daty tak jak zapala się świecę.

Chciałbym, by data 4 września 2021 r. była kolejnym kamieniem milowym w historii naszych samorządów, by nasi potomkowie, za 100 lat obchodząc 200-lecie istnienia samorządu, czego



Jemu i nam szczerze życzę, wspominali dzisiejszy dzień jako symboliczne zamknięcie pierwszego 100-lecia izb lekarskich, a zarazem pierwszy dzień nowego wieku samorządu lekarsko-dentystycznego.

(Fragmenty z przemówienia wygłoszonego podczas otwarcia obchodów 100-lecia Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej).

Omówienie posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, Poznań, 3 września 2021 r.

Zaproszenie do członków ORL na pierwsze po okresie wakacyjnym posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej wystosował prezes ORL WIL Artur de Rosier, który przewodniczył obradom odbywającym się w systemie zdalnym. Termin ORL bezpośrednio poprzedzał zwołany na 4 września XLV Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy, stąd ta forma komunikacji była optymalna.

Członkowie ORL dołączyli do posiedzenia za pomocą aplikacji dostępnej razem z systemem do głosowania. Po przyjęciu porządku obrad przystąpiono do wyłonienia przewodniczącego i przedstawicieli WIL do konkursu ordynatorskiego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kole oraz przedstawicieli do konkursów pielęgniarzkich w Szpitalu Powiatowym w Złotowie. Kandydatów rekomendował przewodniczący Komisji ds. Konkursów Wojciech Waliszewski.

Przewodniczący Komisji ds. Rejestru Wojciech Buxakowski przedstawił Okręgowej Radzie Lekarskiej rekomendacje komisji do przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza w celu odbycia stażu podyplomowego 11 lekarzom – obywatelom Białorusi, Ukrainy i Niemiec, oraz czterem lekarzom denty stom – obywatelom Białorusi, Holandii i Ukrainy. Rekomendowano także przedłużenie ważności prawa wykonywania zawodu dwóm lekarzom – obywatelom Ukrainy, i trzem lekarzom denty stom – obywatelom Białorusi, Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz Tajwanu. Rekomendacja obejmowała także wydanie prawa wykonywania zawodu po stażu podyplomowym lekarzowi dentyście – obywatelowi Białorusi, i lekarzowi – obywatelowi Arabii Saudyjskiej. Propozycje poddano głosowaniu i zaakceptowano poprzez podjęcie stosownych uchwał.

Zgodnie z Ustawą z dnia 27 listopada 2020 r. Minister Zdrowia wydaje decyzję administracyjną lekarzowi spoza UE, zobowiązując Okręgowe Izby Lekarskie do wydania warunkowego prawa wykonywania zawodu do pracy przy zwalczaniu COVID-19. W Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej przyjęliśmy zasadę, że po spełnieniu wymogów formalnych i pozytywnej decyzji Ministra Zdrowia wyznaczona w tym celu Komisja ds. Rejestru przeprowadza każdorazowo rozmowę z lekarzem, sprawdzając tym samym jego znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym.

W większości lekarze, zwłaszcza z Białorusi i Ukrainy, wykazują się dobrą znajomością języka polskiego, ale zgłaszają się też osoby, które nie opanowały go na dostatecznym poziomie. Jak ważna jest w pracy lekarza komunikacja z pacjentem, wyjaśniać nie trzeba. W takich przypadkach ORL (a między posiedzeniami ORL – Prezydium) nie przyznaje PWZ, informując o tym Ministerstwo Zdrowia. Tak było i na tym posiedzeniu, gdy dwóm lekarzom takiego prawa ORL nie przyznała.



ELŻBIETA MARCINKOWSKA
SEKRETARZ ORL WIL

Rok 2021 to rok wyborczy. Zgłoszeń kandydatów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy WIL już dokonano. Obecna na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej Karina Buxakowska przedstawiła plan i harmonogram wyborów, zapewniając, że członkowie każdego rejonu wyborczego będą mieli minimum 3 tygodnie na oddanie korespondencyjnie głosu na delegata – czas ten w ocenie jednych jest za krótki, a według innych – wystarczający. W tym miejscu należą się podziękowania pracownikom Biura WIL za niezwykle sprawne i ekspresowe przygotowanie do wysyłki kart do głosowania.

W związku ze zbliżającym się XLV Nadzwyczajnym Okręgowym Zjazdem Lekarzy i obchodami 100-lecia Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej prezes WIL lek. Artur de Rosier przedstawił członkom ORL szczegółowy program tych dwóch ważnych wydarzeń.

W dalszej części obrad podjęto uchwałę w sprawie powołania składu osobowego Komisji Bioetycznej przy Okręgowej Radzie Lekarskiej.

Podjęto także 10 uchwał w sprawie uznania pracy lekarza stażysty w czasie trwania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii jako równoważnej ze zrealizowaniem programu stażu cząstkowego.

Okręgowa Rada Lekarska zapoznała się ze sprawozdaniem z działalności Biura Prawnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Zakres spraw prowadzonych przez biuro przekroczył znacznie przedmiot umowy wcześniej zawartej, a pomoc prawna Kancelarii Radców Prawnych zyskała uznanie członków ORL, którzy w drodze stosownej uchwały dokonali korekty poziomu finansowania obsługi prawnej WIL.

Kapituła w tym szczególnym okresie roku postanowiła przyznać odznaczenia i wyróżnienia lekarzom, lekarzom denty stom i osobom szczególnie zasłużonym, a Okręgowa Rada Lekarska przyjęła wniosek jednogłośnie.

Wzorem lat poprzednich, tak i na najbliższym XLV Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Lekarzy, wręczane będą odznaczenia „Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej”, Medal Honorowy oraz wyjątkowo w tym roku wyróżnienia za działalność na rzecz krzewienia pamięci historycznej o lekarzach i lekarzach denty stom. Obszerna relacja z tej uroczystości będzie udostępniona, a wszystkim nagrodzonym już serdecznie gratulujemy. ■



**OPIEKA PRAWNA
DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW WIL
ORAZ ICH NAJBLIŻSZYCH**

wil.org.pl/opieka-prawna/



100 lat samorządu lekarskiego

Mija wiek, odkąd w odrodzonej Polsce powołano do życia samorząd lekarski. Na mocy ustawy z 2 grudnia 1921 r. powstała Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska, której spadkobierczyniami są obecne okręgowe izby lekarskie w Gdańsku, Bydgoszczy, Toruniu i Poznaniu. Jubileusz stulecia świętowaliśmy razem 4 września na Międzynarodowych Targach Poznańskich.

W Poznaniu obecni byli prezes Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu lek. dent. Wojciech Kaatz oraz prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku lek. dent. Dariusz Kutella. Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy dr n. med. Marek Bronisz nie mógł się zjawić ze względu na wcześniej zaplanowane obowiązki. *Wasza obecność tutaj, drodzy przyjaciele, jest potwierdzeniem wyjątkowości tego wydarzenia i bardzo wam za to dziękuję, że jesteście z nami – mówił gospodarz uroczystości, prezes ORL WIL lek. Artur de Rosier. Gałę poprowadził aktor Teatru Nowego w Poznaniu Zbigniew Grochal. Wystąpił on też w filmie przygotowanym specjalnie na tę okazję.*

Uroczystość otworzył występ Chóru Kameralnego pod dyrekcją dr Justyny Chełmińskiej, a na zakończenie zagrała Orkiestra Kameralna Operacja Muzyka. Wydarzeniu towarzyszyła wystawa malarska „Miłość i życie w czasach pandemii” i „Co jest ważne...?” z pracami lekarek z Koła Malujących Lekarzy WIL.

Jubileusz był wspaniałą okazją do wręczenia **nagród za krzewienie pamięci historycznej o lekarzach i lekarzach dentystach**. Nagrodzeni zostali: **dr n. med. Andrzej Baszkowski, prof. dr hab. med. Andrzej Grzybowski, dr n. med. Tomasz Kazało, prof. dr hab. Anita Magowska, dr n. med. Krystian Nielacny, dr n. med. Piotr Suda, dr n. med. Antoni Sukiennicki, prof. dr hab. med. Edmund Waszyński.**

Historia to piękna nauka, której bardzo wiele zawdzięczamy. Jest niesłychanie atrakcyjną rzeczą obcować z nią, a jeszcze większą jest za to otrzymywać odznaczenia, za które dzisiaj jeszcze raz dziękuję – powiedział po odebraniu nagrody dr n. med. Andrzej Baszkowski, redaktor naczelny „Biuletynu Informacyjnego WIL” i autor publikacji na temat historii samorządu lekarskiego.

Stulecie wywodzimy od przyjętej w grudniu 1921 r. ustawy o ustroju i zakresie działania izb lekarskich, w której czytamy: „Zgodnie z art. 1 ustawy o wykonywaniu praktyki w państwie Polskim a) dla samorządowego uporządkowania spraw, dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również jego praw godności i sumiennosci b) dla współdziałania z urzędami państwowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego na obszarze Państwa Polskiego, ustanawia się samorządne urzędowe przedstawicielstwo stanu lekarskiego – Izby Lekarskie oraz Naczelną Izbę Lekarską”.

Pierwsze posiedzenie Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej odbyło się 17 lutego 1923 r. Wybrano wtedy naczelnika – dr. Tadeusza Dembińskiego. W „Nowinach Lekarskich”, czasopiśmie wydawanym na terenie Wielkopolski od 1889 r., udokumentowana została jego inauguracyjna mowa – oto jej fragment: „Nie da się zaprzeczyć, że czasy wojenne i powo-



Fot. Zx Katarzyna Michalska

jenne uczyniły niejedną szczerbę w pojęciach przez załamanie się tradycji i braku wykszolenia i jednym z pierwszych zadań Rady będzie braki te usuwać przez uświadamianie młodszych a przypominanie starszym tradycyjnych zasad etyki lekarskiej. Mam nadzieję, że nie sądy i napomnienia będą wtem wniosłem zadaniu główną odgrywały rolę, ale obustronna względność, usuwanie nieporozumień, i wzajemna dobra wola”.

Warto przytoczyć w tym miejscu również kilka zdań z pierwszego komunikatu wydanego przez izbę: „Dzierżmy sztandar etyki lekarskiej jak najwyżej na zewnątrz, a szczególnie wewnątrz własnego stanu; niech drogowskazem każdemu z nas będzie nie tylko pisany kodeks etyki lekarskiej, lecz w pierwszym rzędzie własne sumienie. Niechaj mimo zmaterializowania dzisiejszego świata, mimo koniecznych w dzisiejszym ustroju społecznym walk o byt każdy z nas bez względu na stanowisko, jakie zajmuje, w nauce, praktyce, czy urzędzie, szczególnie dzisiaj w początkowym okresie rozwoju wskrzeszonej ojczyzny dokłada swą cząstkę do odbudowy gmachu godności i dostojności tego stanu lekarskiego, który nam wszystkim jest wspólny, a winien być drogi”.

Do 1939 r. Izbą Lekarską Poznańsko-Pomorską kierowali kolejno: dr Tadeusz Dembiński, dr Stanisław Jerzykowski, prof. Paweł Gantkowski, dr Roman Konkiewicz. Po wojnie weszła w życie decyzja podjęta jeszcze u schyłku II Rzeczypospolitej i dokonał się podział Poznańsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej na izby okręgowe – gdańsko-pomorską z siedzibą w Sopocie i poznańską, którą kierował prof. Józef Jankowiak. Komunistyczne władze dążyły jednak do zniesienia samorządności. Izby lekarskie i lekarsko-dentystyczne zostały zlikwidowane w 1950 r., by powrócić do działalności wraz z upadkiem komunizmu. (cep)

Filmowa historia samorządu lekarskiego

Zbigniew Grochal, aktor Teatru Nowego w Poznaniu, wystąpił w filmie „Wielkopolska Izba Lekarska 1921–2021”. Produkcja została przygotowana specjalnie na uroczystości jubileuszowe 100-lecia powstania Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Film opowiada historię utworzenia i rozwoju samorządu lekarskiego. Rzetelną wiedzę historyczną dostarczają przewodniczący Komisji Historycznej WIL dr n. med. Andrzej Baszkowski, historyk dr Andrzej Zarzycki oraz dr n. o zdr. Piotr Kordel z Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych UMP.

Opowieść o czasach formowania się izb lekarskich w odrodzonej Polsce oraz ich likwidacji w czasach PRL przeplatają wspomnienia i refleksje kolejnych prezesów Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Jednym z głównych zadań korporacji zawodowej lekarzy jest stanie na straży etyki lekarskiej – ten temat zgłębia prof. Andrzej Obrębowski. Zachęcamy do oglądania na stronie internetowej: wil.org.pl/film-stulecie/. Zeskanuj kod QR i oglądaj:



Zdjęcia - Screen z filmu

Film: „Działania samorządu lekarskiego w czasie pandemii”

Stan zagrożenia epidemicznego obowiązuje w Polsce od połowy marca ubiegłego roku. Wszyscy znaleźliśmy się w innej, nieznaney nam dotąd rzeczywistości. Medycy ruszyli na pierwszą linię frontu walki z koronawirusem, a samorząd lekarski musiał dołożyć wszelkich starań, by wesprzeć ich w tej batalii. Izba musiała działać i wypracować nowe rozwiązania, odnaleźć się w ekstremalnej sytuacji, by wypełnić wszystkie swoje zadania.



Ostatnie półtora roku to m.in. akcja Korona z Głowy i Wolontariat na Zdrowie. Potrzeba chwili sprawiła, że niemal z dnia na dzień izba stała się szwalnią i centrum dystrybucyjnym środków ochrony osobistej.

Konieczne było też opracowanie rozwiązań i procedur pozwalających na ciągłą pracę

biura oraz organów funkcyjnych samorządu lekarskiego. O tym wszystkim opowiadamy w reportażu przygotowanym na XLV Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy, który odbył się 4 września.

Reportaż znajdą Państwo na stronie wil.org.pl/filmy-wil.

Zeskanuj kod QR i oglądaj:



@dokumentacja medyczna

Jak wdrożyć EDM w placówce medycznej

- 1 Podstawowym wymogiem technicznym jest posiadanie systemu gabinetowego
- 2 Do implementacji EDM potrzebne jest również repozytorium, czyli system przechowywania dokumentów
- 3 Wdrożenie EDM wymaga podłączenia do systemu e-zdrowie (P1) oraz posiadania podpisu cyfrowego
- 4 Każdy wytworzony dokument w postaci EDM wymaga zaraportowania zdarzenia medycznego, aby mógł być widoczny w systemie e-zdrowie (P1)



Rodzaje podpisów cyfrowych stosowanych w EDM

- kwalifikowany podpis elektroniczny
- Profil Zaufany (PZ)
- podpis osobisty (e-Dowód)
- certyfikat elektroniczny udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (tzw. e-ZLA)

Dane indeksu EDM obejmują m.in.

- identyfikator zdarzenia medycznego, w związku z którym wytworzono dokumentację medyczną
- identyfikator EDM
- datę wystawienia EDM
- typ dokumentu; format dokumentu (PIK/DICOM)
- dane usługobiorcy
- status dostępności dokumentu (online/offline)
- adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna

Wsparcie techniczne Centrum e-Zdrowia

 **19 239** bezpłatna infolinia  edm-pomoc@cez.gov.pl

Więcej przeczytasz w najnowszym wydaniu **Gazety Lekarskiej**

Typy zdarzeń medycznych

- pobyt w oddziale szpitalnym
- leczenie jednego dnia
- pobyt
- porada
- porada patronażowa
- wizyta
- wizyta patronażowa
- cykl leczenia
- badanie
- sesja
- osoba leczona
- wyjazd ratowniczy
- akcja ratownicza
- transport sanitarny
- transport lotniczy
- hemodializa
- bilans zdrowia
- wyrób medyczny
- szczepienie
- badanie (test) przesiewowe
- świadczenie profilaktyczne
- osoba objęta opieką koordynowaną



Spotkanie, dyskusja i wymiana informacji

XLV Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 4 września został zaplanowany z myślą o spotkaniu i dyskusji, czego w związku z pandemią bardzo brakowało w ostatnich miesiącach. Ostatecznie w sali Iglicy Międzynarodowych Targów Poznańskich odbyło się spotkanie delegatów, nie było bowiem kworum.

Wielkopolska Izba Lekarska jako pierwsza w kraju zdecydowała się zorganizować spotkanie delegatów w czasie pandemii. Pozwoliła na to nieco lepsza sytuacja epidemiczna w okresie letnim. Spotkanie delegatów zostało połączone z jubileuszem setnej rocznicy utworzenia Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej i odbyło się przy zachowaniu pełnego reżimu sanitarnego. *To spotkanie jest nam potrzebne właśnie po to, żeby podsumować to, co w czasie pandemii wydarzyło się w Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, w naszym województwie – mówił ze sceny prezes ORL WIL lek. Artur de Rosier.* Liczba delegatów, wbrew zbieranym wcześniej deklaracjom, nie dała kworum. *Zgłosiło się około stu pięćdziesięciu osób, jak widać około czterdziestu nam nie dopisało – wyliczał prezes ORL WIL. Na pewno zrealizujemy te punkty związane z dyskusją i wymianą informacji, a po to właśnie się spotykamy – dodał.*

Zanim jednak rozgorzała dyskusja, wręczone zostały odznaczenia. Na początek „**Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**”. Odznaczenie po raz pierwszy zostało przyznane w 2009 r. na okoliczność obchodów 20-lecia Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Jego celem jest wyróżnienie członków samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zasłużyli się dla Wielkopolskiej Izby Lekarskiej swoim działaniem i poświęceniem lub osiągnęli sukcesy w pracy zawodowej. Corocznie przyznawanych jest nie więcej niż pięć odznaczeń, jednakże w nadzwyczajnych przypadkach kapituła ma prawo zwiększyć tę liczbę. *W 2021 roku, tak niezwykłym roku, w okresie światowej pandemii, ale także w roku, kiedy mija sto lat od uchwalenia pierwszej polskiej ustawy o izbach lekarskich, grono laureatów powiększy się – mówiła podczas uroczystości lek. Elżbieta Marcinkowska, sekretarz ORL WIL.*

Kapituła przyznała łącznie 15 odznaczeń. Wręczyli je prezes ORL WIL lek. Artur de Rosier wraz z przewodniczącymi delegatur. Uehonorowani zostali: **lek. Marcin Karolewski, lek. dent. Renata Jarczyńska-Kaczmarek, dr n. med. Andrzej Laskowski, lek. Tadeusz Zaleski, dr n. med. Artur Tarasiewicz, lek. dent. Maria Budź, lek. dent. Krystyna Horoszkiewicz, lek. dent. Paweł Jarus, lek. Robert Rewekant, dr n. med. Witold Miaśkiewicz, lek. Tomasz Gostomczyk, dr n. med. Mirosław Falis, lek. dent. Tomasz Kaczmarek, lek. Wojciech Antkowiak, lek. dent. Agnieszka Czapiewska-Kawczyńska.**

Wręczony został również **Medal Honorowy**. To zaszczytne i jednocześnie najstarsze wyróżnienie przyznawane przez Wielkopolską Izbę Lekarską, bo jego początki wiążą się z 10-leciem odrodzenia samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów po 1989 r. Grono jego laureatów jest znacznie węższe niż odznaczenia „Zasłużony dla Wielkopolskiej Izby Lekar-



skiej”, co podkreśla jego rangę. Otrzymać mogą go nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale wszystkie osoby, które znalazły uznanie w działalności na rzecz Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W tym roku wyjątkowo nagrodzona nie została konkretna osoba, a inicjatywa – koronazglowy.pl. Wielka praca wykonana przez wolontariuszy m.in. Leczymy z Misją, IFMSA-Poland Oddział Poznań, zainspirowanych przez lek. Patryka Konieczkę i wspieranych przez Wielkopolską Izbę Lekarską, zaowocowała produkcją i dystrybucją środków ochrony osobistej w czasie, kiedy ich brak był najbardziej odczuwalny. W imieniu dziesiątek osób zaangażowanych w to wielkie przedsięwzięcie medal odebrali: inicjator akcji **lek. Patryk Konieczka** i jeden z jej koordynatorów **lek. Piotr Kalkowski**.





- *Kiedy ówczesnie zwróciliśmy się do izby lekarskiej, izba nie zastanawiała się ani chwili. Były pewne naciski polityczne wtedy, żeby nie mówić o brakach, bo przecież w kraju niczego nie brakuje. Podzieliłem się tymi obawami z prezesem i usłyszałem, że w tej sytuacji, jaka jest polityka nie ma żadnego znaczenia – mówił po odebraniu medalu wyraźnie wzruszony lek. Patryk Konieczka. Chciałbym podkreślić, jakim zaszczytem była praca z państwem, jako reprezentantami samorządu zawodowego, jakim zaszczytem była praca z ponadprzeciętną administracją pana dyrektora Marka Saja. Zorganizowanie i zaangażowanie jego zespołu sprawiło nas w oniemienie – dodał lek. Piotr Kalkowski.*

Prezes ORL WIL Artur de Rosier opowiedział delegatom o działaniach w czasie pandemii, zaprezentowany został też film dokumentujący ostatnie miesiące funkcjonowania izby. Uczestnicy zjazdu mogli wysłuchać wykładów związanych z pandemią koronawirusa. Dyrektor Wielkopolskiej Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Poznaniu dr Jadwiga Kuczma-Napierała przybliżyła działania inspekcji sanitarnej oraz szereg danych dotyczących epidemii. Prof. Jacek Wysocki, członek okręgowej rady lekarskiej i specjalista w zakresie chorób zakaźnych, odniósł się m.in. do roli szczepień przeciwko COVID-19. Zwieńczeniem zjazdu były trzy panele dyskusyjne. Pierwszy panel, poświęcony lekarzom denty stom, otworzył przewodniczący Komisji



Stomatologicznej lek. dent. Jacek Zabielski przy wsparciu dr n. med. Anny Kurhańskiej-Flisykowskiej oraz lek. dent. Andrzeja Cisko. Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia lek. Bożena Janicka poprowadziła panel poświęcony podstawowej opiece zdrowotnej. Problemy szpitalnictwa omówił przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa lek. Marcin Karolewski. Ostatnim punktem programu była dyskusja programowa. (cep)

Wielki protest pracowników ochrony zdrowia w Warszawie

Kilkadziesiąt osób reprezentujących Wielkopolską Izbę Lekarską uczestniczyło w ogólnopolskim proteście zawodów medycznych w Warszawie. 11 września, w wielokilometrowym marszu, w otoczeniu – jak się ocenia – 30 tys. protestujących, w pięknym słońcu, wyraziliśmy swój sprzeciw wobec aktualnej polityki zdrowotnej państwa. Przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów rozkwitło białe miasteczko. Protest trwa. Szkoda, że nikt z decydentów nie miał odwagi wyjść do uczestników protestu, a przed Ministerstwem Zdrowia, Sejmem, Pałacem Prezydenta i Kancelarią Premiera stały kordony policji.

Wszystkim, którzy zdecydowali się pojechać z nami do Warszawy: lekarzom, lekarzom denty stom i studentom, serdecznie dziękuję! Za wytrwałość i wspólne bycie razem w proteście!

Tym, którzy w czasie protestu byli w pracy, dziękuję za zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, a tym, którzy byli z nami duchowo, dziękuję za wsparcie. Postulaty, jakie wykrzyczyliśmy, pozostają aktualne.

ARTUR DE ROSIER, PREZES ORL WIL



Fot. Przemysław Ciupka, Monika Bączek

Byłem na proteście...

11 września odbyła się w Warszawie wielka manifestacja pracowników ochrony zdrowia. Ponad 30 tys. przedstawicieli zawodów medycznych przemaszerowało przez Warszawę, aby zmanifestować... No właśnie, co? Złość? Rozzalenie? Wściekłość? Ja myślę, że najbardziej frustracją i bezsilnością spowodowaną obecną sytuacją w publicznej ochronie zdrowia. „Publiczna ochrona zdrowia umiera...” głosiły hasła na transparentach.

Już w drodze powrotnej z Warszawy odebrałem kilka telefonów z pytaniami: „Czy myślicie, że coś się zmieni?”, „Czy uważacie, że podniesienie płac pomoże?”. Były też pytania: „Jak myślisz, co należy zrobić, aby poprawić sytuację?”.

To ostatnie pytanie jest najważniejsze. Aby na nie odpowiedzieć, wdrożyć odpowiednie leczenie, i to najlepiej leczenie przyczynowe, a nie krótkotrwałe, objawowe, należy zdiagnozować źródło problemu. Na spotkaniu delegatów na OZL WIL 4 września 2021 r. miały miejsce trzy panele dys-

- kusyjne, na których próbowano takie diagnozy postawić – panel dotyczący sytuacji lekarzy dentyistów, lekarzy POZ i lekarzy szpitalników. Z wielkim zaciekawieniem wysłuchałem obu pierwszych wykładów, natomiast jako przewodniczący Komisji ds. Szpitalnictwa, która od 2019 r. działa w WIL, miałem zaszczyt poprowadzić ostatni panel i dlatego pozwolę sobie przytoczyć w skrócie kilka tez dotyczących problemów personelu szpitalnego.

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że sytuacja szpitali jest obecnie bardzo skomplikowana i jej rozwiązanie nie będzie ani łatwe, ani bezbolesne i z pewnością będzie wymagała podjęcia bardzo niepopularnych decyzji. Zaniedbania bowiem są wieloletnie. Cofnę się do czasów, kiedy funkcję ministra zdrowia pełnił prof. Zbigniew Religa. To wówczas po raz pierwszy pojawiły się pieniądze, które miały

osobną ścieżką płynąć na dodatki do wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia – słynna ustawa 203. Myślę, że to był moment, kiedy władza publicznie przyznała, że świadczenia zdrowotne są **głęboko niedofinansowane** i samo wypełnianie kontraktu nie wystarcza na zapewnienie nawet niskich wynagrodzeń. Z raportu NIL wynika, że w czasie ostatnich 10 lat wycena świadczeń zdrowotnych wzrosła średnio o 11%!!! W tym samym czasie wynagrodzenie minimalne wzrosło o ponad 100%, a średnie o ponad 50%. To jak mają działać szpitale? Alarmowaliśmy od lat – nie tylko izby lekarskie, ale chyba wszystkie organizacje działające w ochronie zdrowia – od związków zawodowych, do stowarzyszeń pracodawców. Co słyszeliśmy od polityków? „Służba zdrowia to worek bez dna”, „Pokaż lekarzu, co masz w garażu”, „Zwiększamy wydatki na służbę zdrowia, a ona i tak się zadłuża”, „Oni przejedzą wszystko”. I to jest prawda, że szpitale się zadłużały pomimo wzrostów nakładów, bo ten wzrost był ciągle zbyt mały w stosunku do realnych kosztów. Dla osób, które nie pracują w szpitalu, podam kilka przykładów – zapalenie płuc z powikłaniami – wycena świadczenia wg NFZ to 2370 zł i ma wystarczyć na 21 dni hospitalizacji, czyli 112,9 zł na dobę. Obrzęk płuc – 2776 zł, czyli 120 zł na dobę. Zaburzenia rytmu serca 1539 zł, czyli 102 zł za dobę. Koszt doby hotelowej w hotelu dwugwiazdkowym to przynajmniej 200 zł. I znowu przytoczę słowa polityków: „Pieniądze w szpitalach są marnotrawione”, „To wszystko skutek złego zarządzania”. Tylko że w większości szpitali dyrektorami nie są lekarze, a menadżerowie z odpowiednim wykształceniem. Wydaje się jednak, że nie ma różnicy w sytuacji szpitali zarządzanych przez jednych czy drugich, bo... z próżnego i Salomon nie należy.

W większości szpitali wynagrodzenia stanowią ponad 80–90% budżetu, a powinny poniżej 70%. Nic więc dziwnego, że większość zarządzających szpitalami szuka oszczędności właśnie w kadrze. I tak przechodzimy do drugiego wielkiego problemu szpitalnictwa – niedoboru kadry. Najpierw na tej kadrze oszczędzano, próbując do granic możliwości zmniejszyć zatrudnienie na oddziałach. Skutkowało to tym, że pozostali na froncie pracownicy nie dość, że słabo opłacani, to jeszcze byli przemęczeni i sfrustrowani. Kadra szpitali

początkowo zmniejszana odgórnie, zaczęła się kurczyć samoistnie przez odpływ pracowników do sektora prywatnego oraz brak napływu ludzi zainteresowanych pracą w szpitalu. Coraz gorsze warunki pracy i brak poprawy płacy sprawiły, że przepracowany personel musiał pracować jeszcze więcej. Ochrona zdrowia jest jedynym miejscem, gdzie jest ustawa zgoda na omijanie Kodeksu pracy. Bo jak inaczej nazwać opt-out? I tu kolejny paradoks. Szpitale nie są zainteresowane zatrudnianiem lekarzy na umowę o pracę z klauzulą opt-out, bo nawet podpisanie jej nie pozwala na zapewnienie ciągłości pracy. Aby zapewnić obsadę dyżurową, konieczne jest

zatrudnianie lekarzy na kontrakty. Praca 300–400 godzin w miesiącu i często ponad 72 godziny z rzędu nikogo nie dziwi w szpitalu. Przecież to praca odpowiedzialna, praca, gdzie popełnienie błędu może narażać czyjeś życie. Dlatego

pracy lekarzy bardzo wnikliwie przyglądają się prokuratorzy, OROZ, kancelarie prawne, Rzecznik Praw Pacjenta i oczywiście NFZ. Coraz więcej instytucji mogących nas ukarać.

W prokuraturach tworzone są specjalne wydziały ds. błędów medycznych. Chyba tylko przestępczość zorganizowana ma przeznaczone dla siebie jednostki prokuratorów. Czym sobie na to zasłużyliśmy? Do tego wszystkiego dochodzą obowiązki administracyjne, coraz więcej rejestrów, coraz więcej dokumentacji. Czasu dla pacjenta coraz mniej. Miel nas w tym odciążą asystenci medyczni, ale ich nie ma. W szpitalach płace są często poniżej płacy minimalnej z dodatkiem wyrównawczym. Nie ma chętnych.

Już przed pandemią było źle. Krajobraz po pandemii to pustynia. Wielu lekarzy, zwłaszcza emerytowanych, którzy dotychczas ratowali ten system, odeszło. Wielu odeszło w czasie walki z koronawirusem na zawsze. Teraz, kiedy szpitale mają odtwarzać uprzednio istniejące oddziały, okazuje się, że nie ma kadry. Utworzenie zespołu w jednym szpitalu zwykle jest równoważne z zamknięciem w szpitalu sąsiednim. Lekarze ze Wschodu, często nieznający języka, to temat na inny felieton, ale na pewno nie rozwiązanie problemu. Niestety coraz częściej słyszymy o zamykaniu oddziałów z powodu braku kadry. Jeszcze parę lat temu to było nie do pomyślenia. Dziś, jak słyszymy, że w jednym czy drugim szpitalu zamyka się oddział, przechodzimy nad tym do porządku dziennego.

To tylko telegraficzny skrót problemów szpitali. Czy się coś zmieni? Jestem sceptykiem. Na proteście w Warszawie spotkałem znajomych – wspominaliśmy białe miasteczko i postulaty z tamtych lat. Niewiele się wtedy zmieniło i podejrzewam, że teraz też tak będzie. Zmiany, które trzeba by zaproponować, są niepopularne. Nie wystarczy powołać agencje, fundusze, które będą tylko pośrednikami z dobrze płatnymi stanowiskami i obiecać, że w 2027 r. będzie lepiej. Dopóki energia będzie szła w opracowanie strategii politycznej, minimalizowanie strat poparcia, a nie chłodną analizę i racjonalne działania, nic się nie zmieni.

Znaczą... będzie dobrze, jeżeli nic się nie zmieni i nadal będą istniały szpitale.



Fot. istockphoto

Powoli, ale systematycznie wybiera

Dziewięciu na dziesięciu pacjentów przyjmowanych w Polsce do szpitala z rozpoznaniem COVID-19 jest niezaszczepionych. Punkty medyczne nadal są gotowe podać jednego dnia łącznie 700 tys. dawek szczepionek. Tymczasem chętnych nie widać. 12 września 2021 r. wykonano zaledwie 10 265 iniekcji. W pełni zaszczepionych jest 19 106 619 Polaków; łącznie wykonano 36 749 445 szczepień. Szczepionki, aby się nie zmarnowały, sprzedajemy lub w ramach darowizny przekazujemy innym krajom – ostatnio Kenii i Uzbekistanowi. Do tej pory zutilizowano 391 290 dawek.

Prognozy sprzed kilku tygodni, niestety, znajdują kolejne potwierdzenia. IV fala pandemii z wirusem Delta powoli, ale systematycznie wybiera. Jeżeli jeszcze 15 sierpnia 2021 r. liczba nowych i potwierdzonych przypadków zakażenia koronawirusem wyniosła 148, a 31 sierpnia – 285, to 10 września – 528, a 15 września – 767. W sumie od początku pandemii w Polsce liczba zakażonych koronawirusem wzrosła do 2 892 642, a liczba zmarłych do 75 417. W szpitalach przygotowanych jest 6020 łóżek covidowych i 579 respiratorów.

Państwo skapitulowało

Lekarze, wirusolodzy, epidemiolodzy nie pozostawiają wątpliwości co do dalszego biegu wydarzeń. Apelują, zachęcają do szczepień, starają się przekonać nieprzekonanych. Wcale nie tak rzadko bywa, że spotykają się z przerażającym hejtem i groźbami zagrażającymi ich życiu i bezpieczeństwu. *Grozili śmiercią mnie i mojej rodzinie, przyrównywali mnie do doktora Mengele i nazisty, z którym się rozliczą „jak w Norymbdze”* – mówi w rozmowie z „Rzeczpospolitą” dr Tomasz Karauda, który ostatecznie otrzymał ochronę policji. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni alarmują. Coraz bardziej boją się hejtu antyszczepionkowców i ich pogroźek. Zdaniem szefa Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, dr Łukasza Jankowskiego, w tak groźnej sytuacji państwo skapitulowało.

„Medycy – czytamy na stronie www.onet.pl w artykule Marcina Wyrwała – opowiadają, jak ludzie zatrząskują im drzwi przed nosem, pomawiają o roznoszenie chorób, hejtują w internecie. «Twardym» efektem koronahejtu było samobójstwo prof. Wojciecha Rokity, ordynatora Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach. Hejterzy ujawnili jego dane, posądzali o korupcję, rozwiązłość, niedotrzymywanie warunków kwarantanny. Lektura zebranych przez prawników nienawistnych wpisów pod artykułami jednego tylko kieleckiego portalu liczy ponad

200 stron. To smutna i przerażająca lektura. Ztroskani mieszkańcy Kielc i okolic, opierając się jedynie na plotkach, poddają w nich brutalnemu, publicznemu linczowi lekarza, który jak się dowiedziałem, był jedną z «medycznych ikon» miasta.

Jeden z medyków od dwóch tygodni nie wychodzi z pracy. Nie jest odosobnionym przypadkiem. Większym zagrożeniem od koronawirusa jest dla niego wrogość otoczenia. Dzisiejsza wrogość wobec medyków opiera się na tych samych mechanizmach co palenie na stosach w czasach ciemnego średniowiecza. Koronawirus wyzwala w wielu z nas najgorsze odruchy, znane z ciemnego średniowiecza. Są wymierzone w tych, na których wszyscy dziś się opieramy – w lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych. Tak w średniowieczu, jak i dziś źródłami kierowanej w tych ludzi nienawiści są strach i niedouczenie. Ale epidemia kiedyś się skończy, a pamięć o tym, co robiliśmy, zostanie”.

Bez krajowego lockdownu

Rząd zapowiada, że to już ostatnie tygodnie bezpłatnych szczepień przeciwko COVID-19, a w przypadku wzrostu liczby nowych i potwierdzonych zachorowań w czwartej fali koronawirusa ewentualne obostrzenia planuje się wprowadzić regionalnie. Nie ma scenariusza krajowego lockdownu. Ministerstwo Zdrowia publikuje komunikat, że trzecią dawkę szczepionek mRNA stosuje się we wskazanych grupach z zaburzeniami odporności w odstępie przynajmniej 28 dni po ukończeniu dwudawkowego schematu szczepienia przeciw COVID-19. Wymieniono siedem grup – są to osoby:

- otrzymujące aktywne leczenie przeciwnowotworowe;
- po przeszczepach narządowych, przyjmujące leki immunosupresyjne lub terapie biologiczne;
- po przeszczepie komórek macierzystych w ciągu ostatnich dwóch lat;

- ▶ z umiarkowanymi lub ciężkimi zespołami pierwotnych niedoborów odporności;
- z zakażeniem wirusem HIV;
- leczone aktualnie dużymi dawkami kortykosteroidów lub innych leków, które mogą hamować odpowiedź immunologiczną;
- dializowane przewlekle z powodu niewydolności nerek.

Media przynoszą wiadomość o wynikach brytyjskich badań wykazujących procentowy spadek skuteczności szczepionek Pfizera i AstraZeneki. Zarazem wskazują, że nadal szczepienia pozostają bardzo dobrą ochroną zarówno przed koronawirusem, jak i zgonem. Analizie, z użyciem testów PCR, poddane zostały próbki pobrane u ponad miliona osób, które przyjęły dwie dawki szczepionki Pfizera lub AstraZeneki.

Co z amantadyną?

W Polsce kontynuowane są badania kliniczne dotyczące skuteczności amantadyny w leczeniu COVID-19, wspierane przez Agencję Badań Medycznych. Dotychczas wzięło w nich udział kilkudziesięciu pacjentów. U żadnego z nich nie zaobserwowano działań niepożądanych związanych z procedurą leczenia – informuje kierownik Kliniki Neurologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, prof. Konrad Rejdak. Docelowo badanie powinno objąć 200 osób. Zdaniem profesora szczepionki pozostają podstawą profilaktyki, ale są osoby, u których występują przeciwwskazania do ich

aplikacji i skutek tego pozostają one najbardziej zagrożone zakażeniem. Preparaty chronią przed ciężkim przebiegiem COVID-19, ale nie wiemy jeszcze, czy także przed opóźnionymi powikłaniami infekcji, takimi jak zaburzenia neurologiczne. Pamiętać trzeba, że występowały one nawet w warunkach łagodnego przejścia zakażenia. To pokazuje, że poszukiwania leku są jak najbardziej uzasadnione.

Prof. K. Rejdak, wraz z zespołem z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, wchodzi w skład międzynarodowego konsorcjum planującego badania nad skutecznością amantadyny i jej pochodnych w leczeniu infekcji SARS-CoV-2. W tym gronie są m.in. uniwersytety w Atenach, Barcelonie i Kopenhadze.

Minister zdrowia Adam Niedzielski – informuje portal WP.pl – potwierdził, że badania kliniczne nad skutecznością amantadyny (w Polsce sprzedawana jest pod nazwą Viregyt-K) ciągle trwają. *Wyniki nie potwierdzają jej skuteczności w leczeniu COVID-19* – stwierdził. Nie ma aktualnie wystarczającej populacji pacjentów, aby można było liczyć na szybkie efekty badań. Przypomniał, że były one zlecane na początku 2021 r., kiedy codzienne liczby zakażeń przekraczały 10 tys. i więcej.

Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia monitoruje nowy wariant koronawirusa o nazwie roboczej „Mu”. Rzecznik Ministerstwa Zdrowia Wojciech Andrusiewicz potwierdza, że nową odmianę zdiagnozowano także w Polsce. To były cztery przypadki stwierdzone między 18 a 26 lipca w województwie pomorskim. Aktualnie żadna osoba nie jest chora w wyniku zakażenia mutacją, której obecność wykryta została w 39 krajach. Prof. Krzysztof Tomasiewicz z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na konferencji „Pacjent post-CO-

VID-owy. Co zostaje, a co znika?”, zorganizowanej przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, powiedział: *Są specjaliści, którzy twierdzą, że na wiosnę 2022 r. SARS-CoV-2 już nie będzie, ale ja tak nie sądzę. Kolejne fale zakażeń mogą pojawiać się do 2025 r.* Na razie tak daleko w przyszłość nie wybiegamy, naszą uwagę koncentrują doniesienia o czwartej fali, która uderzyć ma wczesną jesienią, a czarne scenariusze zakładają liczbę nowych i potwierdzonych zakażeń nawet na poziomie 50 tys. dziennie.

Czy można wymagać?

Prezydent Stanów Zjednoczonych Joe Biden ogłosił, że wszyscy pracownicy dużych firm i medycy będą poddani obowiązkowym szczepieniom lub będą musieli regularnie wykonywać testy. U nas podjęta została dyskusja dotycząca praw przedsiębiorcy i pracownika. W wyniku pandemii wiele osób straciło miejsca pracy, a część pracodawców musiała zredukować liczbę etatów ze względu na konieczność zachowania reżimu sanitarnego lub kryzys gospodarczy. W tym kontekście stawia się pytanie: czy pracodawca może wymagać od swoich pracowników zaszczepienia lub czy może zwolnić pracownika, który nie wykaże, że został zaszczepiony.

Lekarze, wirusolodzy, epidemiolodzy nie pozostawiają wątpliwości co do dalszego biegu wydarzeń. Apelują, zachęcają do szczepień, starają się przekonać nieprzekonanych. Wcale nie tak rzadko bywa, że spotykają się z przerażającym hejtem i groźbami zagrażającymi ich życiu i bezpieczeństwu.

Z badania przeprowadzonego na początku sierpnia przez Konfederację Lewiatan – informuje portal PIT.pl – wynika, że 80 proc. pracodawców jest przekonanych, że powinni mieć dostęp do informacji, ilu pracowników w ich firmie zostało zaszczepionych

przeciw COVID-19, a także wiedzieć, którzy konkretnie pracownicy zostali zaszczepieni. Czy czeka nas zmiana prawa i szczepienia przeciw COVID-19 staną się obowiązkowe?

W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad przepisami, które mają dać pracodawcy dostęp do informacji, którzy z pracowników są zaszczepieni. Jednak resort obiecuje, że kształt regulacji nie wpłynie na to, iż szczepienia staną się obowiązkowe. Dostęp do informacji o tym, którzy z pracowników są zaszczepieni, umożliwi pracodawcom lepsze planowanie działania firmy i usprawni organizację pracy, z uwzględnieniem obostrzeń – wskazuje z kolei Konfederacja Lewiatan.

W coraz większym stopniu uwaga mediów koncentruje się na długoterminowych prognozach, które uwzględniają powrót z wakacji do szkół, związany ze znaczną mobilnością, bezpośrednimi kontaktami dużych grup dzieci i młodzieży. Tym bardziej że statystyki amerykańskie pokazują, jak bardzo wirus Delta jest niebezpieczny, zwłaszcza dla dzieci. Ministerstwo Zdrowia apeluje, aby wykonać rodzinne szczepienie – dziecka i rodziców, którzy są zdecydowani, aby swoje dziecko zaszczepić w szkole.

Rzadziej docierają do nas informacje z Australii. Tymczasem przechodzi ona przez największą dotychczas falę epidemii. Ścisły lockdown obowiązuje na wielu obszarach, ale osoby w pełni zaszczepione mogą liczyć na przywileje. W stanie, w którym leży Sydney, premier zapowiedziała, że ograniczenia zostaną złagodzone dopiero wtedy, kiedy ponad 70 proc. mieszkańców przejdzie kompletny cykl szczepień przeciw COVID-19. Jak do tej pory w pełni zaszczepionych jest 42 proc. dorosłych mieszkańców Australii i 46 proc. w Nowej Południowej Walii.

Rozsypany system płac

Nie sposób nie docenić pozytywnych zmian dotyczących ochrony zdrowia, jakie dokonały się w ostatnich latach. Przede wszystkim jest taką zmianą znaczące zwiększenie budżetu przeznaczanego na działania zdrowotne, w tym na funkcjonowanie naszych szpitali i usług ambulatoryjnych. Niezwykle jednak istotnym cieniem, kładącym się na te niewątpliwie osiągnięcia, jest doprowadzenie do rozsypania się systemu płac w służbie zdrowia, którym w dużej mierze i my – jako lekarze – zostaliśmy w sposób niekorzystny dotknięci.

W ostatnich latach, a szczególnie w ostatnich miesiącach, doszło do zwiększenia nakładów na służbę zdrowia i – słusznego – zwiększenia płac. Niestety na skutek dokonywanych administracyjnych regulacji, chaotycznie przyznawanych dodatków poszczególnym grupom zawodowym i wprowadzaniem regulacji preferującym niektóre, wybrane grupy pracownicze w służbie zdrowia z pominięciem innych, doszło do ewidentnego rozsypania i pomieszania systemu płac. Doprowadziło to do kuriozalnych sytuacji. Przykładem tego jest chociażby podwyższenie od 1 lipca płac sekretarkom, rejestratorkom medycznym, diagnostom laboratoryjnym, które przyznało płace dużej części innego personelu szpitali. Różnica płac pomiędzy magistrem farmacji, fizjoterapii, analityki medycznej – diagnostą laboratoryjnym (którzy muszą posiadać prawo wykonywania zawodu) a rejestratorką medyczną i technikiem (farmacji, analityki) wynosi około 400 zł. Doszło do dramatycznego rozwarstwienia w zarobkach pielęgniarskich. Pielęgniarka bez wyższego wykształcenia będąca oddziałowką – mimo np. trzydziestoletniej pracy – zarabia o ok. 2 tys. zł podstawy brutto mniej niż jej młoda koleżanka z wykształceniem wyższym. Na szarym końcu płac pozostali pracownicy administracyjni. Konstrukcja przekazywania dodatkowych środków powoduje, że zapewne nikt nie będzie przyznawał podwyżek wyższych niż nakazuje ustawa. Bo skoro NFZ finansuje różnicę pomiędzy wynagrodzeniem aktualnym i minimalnym, to z punktu widzenia pracodawcy „im gorzej, tym lepiej”. Gdyż im mniej płaci pracownikom, tym więcej pieniędzy otrzyma z zewnętrznych źródeł.

Wprowadzona zmiana siatki płac spowodowała chaos w szpitalach. Taka sama minimalna podstawa dla sekretarek medycznych, rejestratorek medycznych, jak dla pielęgniarek ze średnim wykształceniem i techników, wydaje się patologią. I nie jest żadnym tłumaczeniem, że są to stawki minimalne i szpitale mogą płacić więcej. Szpitale dostały wyłącznie środki na wyrównanie płac do minimalnych. Od 1 lipca nie było żadnych dodatkowych środków na zmiany w kontraktach, choć ustawa nakazywała dokonać odpowiednich zmian w wynagrodzeniach pracowników innych niż zatrudnionych w ramach działalności podstawowej. Jak można było to zrobić bez dodatkowych funduszy?

Sprawa rozsypania się systemu dotyczy także lekarzy. Oczywiście bardzo łatwo ministrowi – płatnikowi przerzucić odpowiedzialność za niedostateczne podwyżki na dyrekto-

row, ponieważ to oni podejmują ostateczne decyzje, jednakże nie zostali wyposażeni w znaczące dodatkowe kwoty, które umożliwiłyby wspomnienie zarobków tych grup. Ważne wydaje się szczególnie niemalże całkowite pominięcie personelu lekarskiego pracującego w zakresie umów o pracę, ale także – zupełnie całkowicie – kontraktów.



SZCZEPAN COFTA

Nie przeznaczono żadnych szczególnych środków na płace dla lekarzy kontraktowych. A także podwyżki dotyczące lekarzy w ramach umów o pracę okazały się znacząco niższe w porównaniu z innymi grupami pracującymi w ochronie zdrowia. Płace części pielęgniarek kontraktowych w wielu obszarach, w związku z brakami kadrowymi, wywindowane są tak wysoko, że bywają porównywalne ze stawkami lekarskimi lub nawet je przewyższają.

Rozchwianie systemu płac lekarskich jest problemem, z którym nikt z zarządzających pewnie nie będzie w stanie sobie poradzić. Trudno jest przewidzieć, jakie ruchy płacowe przyniesie przyszłość. I jakie powstaną napięcia w szpitalach i między grupami zawodowymi.

Oczywiście istotną rolę odgrywają mechanizmy rynkowe – zarabiają więcej lekarze pracujący w specjalnościach, w których brakuje personelu lekarskiego czy też w wybranych obszarach związanych z działalnością zabiegową, operacyjną, endoskopową, zabiegową związaną z wymier-

nie korzystnymi procedurami, na których szpitale zyskują. Pozostaje jednakże całe grono lekarzy z niezwykle niskimi zarobkami. Nie są oni winni nierentownych procedur, które w swej pracy zawodowej wykonują. Przerzucenie na dyrekcje szpitali odpowiedzialności za niskie wartości zarobków często wydaje się niesprawiedliwe. Niskie zarobki wcale nie wynikają zasadniczo z nieumiejętności zarządzających szpitalami, lecz z wadliwej dyslokacji środków i braku desygnowania specjalnych funduszy. Okazuje się, że lekarze pracujący w szpitalach w większości będą zarabiali mniej niż lekarze rodzinni, pracujący w pomocy doraźnej czy lekarze pracujący w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. To staje się faktem.

Rozchwianie systemu płac lekarskich jest faktem niezwykle trudnym, z którym nikt z zarządzających pewnie nie będzie w stanie sobie poradzić. Trudno jest przewidzieć, jakie ruchy płacowe przyniesie przyszłość. I jakie powstaną napięcia w szpitalach i między grupami zawodowymi.

Bardzo bolesne jest także to, że dodatki do płac przyznawane szpitalom wydają się niezwykle kontrowersyjne, promujące szpitale, które utrzymywały niskie płace. Natomiast gorzej traktujące te szpitale, w których dokonano wcześniej podwyżek. W rozgardiaszu poszczególnych decyzji dotyczących preferowania płac poszczególnych grup zawodowych sprawy lekarskie zostały niemalże zupełnie zagubione. A życzymy dobrych płac wszystkim grupom zawodowym, doceniając ich kompetencje i wkład pracy.

Kto sobie w takiej sytuacji poradzi? Kto w obliczu rozsypania się systemu płac dokona jakichś ruchów porządkujących? Byłyby one bardzo trudne, trudne nawet do wyobrażenia bez desygnowania znaczących środków. A i desygnowanie dużych środków – bez zachowania roztropności – może być marnie wykorzystane. ■

Klinika Chojraków tuż, tuż!

Fot. Archiwum UM, im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu



Wizualizacja – Archiwum Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego

Banery rozwieszone na parkanie nie pozostawiają wątpliwości co to za budowa. Tu powstaje nowa Klinika Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatricznej przy udziale Stowarzyszenia Wspierania Transplantacji Szpiku i Onkologii Dziecięcej Dzieciaki Chojraki. Pierwszych pacjentów przyjmie już w przyszłym roku.

17 marca 2020 r. o godz. 11.31 Dział Zamówień Publicznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zamieścił w internecie postępowanie: PN-13/20 PN-13/20 Budowa budynku Oddziałów Onkologii Dziecięcej wraz z łącznikiem, stanowiąca III Etap inwestycji obejmującej rozbudowę budynku głównego Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu przy ul. Szpitalnej 27/33 wraz z zagospodarowaniem terenu oraz robotami towarzyszącymi. Datę zakończenia składania ofert wyznaczono na 8 maja 2020 r. godz. 9.00, a ich otwarcia tego samego dnia, 10 minut później.

17 czerwca 2020 r. Marek Woźniak, Marszałek Województwa Wielkopolskiego, i prof. dr hab. Andrzej Tykarski, rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 podpisali umowę na dofinansowanie projektu „Poprawa jakości opieki nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w województwie wielkopolskim poprzez przebudowę i rozbudowę Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu oraz zakup niezbędnego wyposażenia”.

Tym samym, czytamy na stronie www.dzieciakichojraki.pl, „ponad dziesięcioletnie starania Stowarzyszenia Wspierania Transplantacji Szpiku i Onkologii Dziecięcej, Dzieciaki Chojraki, by polepszyć warunki leczenia pacjentów Kliniki, zakończyły się sukcesem. Jesteśmy niezwykle szczęśliwi, że komunikujemy tę radosną informację i pamiętamy każdego wspierającego, który był z nami przez te wszystkie lata. Dziękujemy za wiarę w realizację planów, za dzielenie się dobrą energią i oczywiście za każdą złotówkę, która wsparła cel budowy Kliniki Chojraków”.

8 lipca 2020 r. generalny wykonawca – Skanska, firma należąca do światowej czołówki, działająca na wybranych rynkach Europy i Ameryki Północnej, podpisuje z uniwersytetem umowę na budowę nowego skrzydła szpitala, której wartość przekracza 26 mln zł. W tym samym miesiącu



Prace budowlane

Fot. Andrzej Piechocki

przejmuje ona plac budowy. *Cieszę się, że stworzymy lepsze warunki hospitalizacji, diagnostyki i terapii dla chorych dzieci, ich rodziców i całego zespołu medycznego – mówił Paweł Machnicki, dyrektor Obszaru Budownictwa Ogólnego Poznań–Wrocław Skanska. Placówka ma bardzo dobrą renomę w zwalczaniu chorób dziecięcych i rozbudowa szpitala jest niezwykle istotna dla lokalnej i szerszej społeczności. To bardzo ważne, żeby klinika była jak najnowocześniejsza i w jak największym stopniu dostosowana zarówno do potrzeb chorych dzieci, jak i opiekujących się nimi rodziców.*

Budynek ma trzy kondygnacje naziemne i jedną podziemną, całkowita powierzchnia użytkowa przekracza 3 tys. m². Na I piętrze zaprojektowany został oddział łóżkowy dla dzieci starszych, 5 sal jednoosobowych i 9 dwuosobowych. Na II piętrze oddział dla dzieci młodszych, 6 sal jednoosobowych i 9 dwuosobowych. Wszystkie z łazienkami i przystosowane dla pacjentów niepełnosprawnych, w każdym są miejsca dla rodziców, opiekunów.

Prace, których zakończenie planowane jest na 2022 r., wykonywane są częściowo na czynnym obiekcie, a to wymusza taką ich organizację, aby w jak najmniejszym stopniu wpływały one na warunki pobytu pacjentów i pracy personelu medycznego. Nowe skrzydło połączone zostanie z budynkiem głównym szpitala łącznikiem, a z blokami operacyjnymi dodatkowo dwukondygnacyjnym szybem windowym. Skanska informuje na swojej stronie internetowej, że „zrealizuje również instalacje gazów medycznych, w tym panele nadłóżkowe. Instalacje będą kompatybilne z istniejącymi w dotychczasowym budynku i wspólnie zarządzane przez jeden system BMS. Wnętrze oddziału zostanie zaaranżowane tak, aby dzieci czuły się możliwie komfortowo. Na ścianach korytarzy, zgodnie z wizją architekta, wymaluje rysunki o motywach przyrodniczych, miejskich i morskich, a także postawi akwarium”.

Do nowego budynku przy ul. Szpitalnej w Poznaniu przeniesione zostaną dwa istniejące już Oddziały Onkologiczno-Hematologiczne (III i V). W urządzenia najnowszej generacji wyposażone będą pracownie patomorfologii, histopatologii, immunologii hematologicznej i cytostatyki, poradnia onkologiczna, gabinety znieczuleń ogólnych, laseroterapii, wsparcia psychologicznego, stanowisko opieki neonatologicznej, sale rehabilitacyjna i seminaryjna. Nie zabraknie świetlic dla dzieci, zaplecza socjalnego dla rodziców i opiekunów.

Docelowo planuje się budowę jeszcze dwóch pięter z przeznaczeniem na oddziały onkologiczne łóżkowe; finalnie zatem będzie to obiekt pięciokondygnacyjny. (ap)

Dolina Krzemowa w gabinetach medycznych

O najnowszych rozwiązaniach technologicznych wspierających codzienną pracę lekarzy i fizjoterapeutów rozmawiamy z wynalazcą, neuronaukowcem i prezesem RSQ Technologies – Bartłomiejem Lubiawskim.

■ **Anna Grzesiak:** W jaki sposób wykonuje się analizę zakresu ruchów człowieka w ortopedii i fizjoterapii?

Bartłomiej Lubiawski: Najbardziej popularne są dwa sposoby. Pierwszy to tzw. *eyeballing*, czyli metoda „na oko”. Drugą opcją jest goniometr, czyli pomiar statyczny za pomocą zginanej miarki w kształcie kątomierza, którą przykładamy do ciała pacjenta. Obie techniki są bardzo archaiczne i obciążone dużym błędem.

■ **Czy nowe technologie mogą przynieść nowe rozwiązania w zakresie analizy ruchów?**

Oczywiście, i to już się dzieje. Nowe rozwiązania technologiczne pomagają wkroczyć w zakresy mierzalnej fizyki, konkretnie mechaniki newtonowskiej, dzięki czemu możemy inaczej patrzeć na całą biomechanikę ciała człowieka. Jest wiele sposobów mierzenia zakresu ruchów człowieka. Jednymi z pierwszych były systemy optometryczne, które wykorzystywane są w świecie gier komputerowych i kinematografii. Problemem tej technologii jest jej wysoki koszt. Trzeba mieć całe pomieszczenie wyposażone w specjalny zestaw kamer, a to wszystko kosztuje. Na szczęście technologie zaczęły się miniaturyzować. Pomógł stopniowy wybuch rozwiązań związanych z rozszerzoną rzeczywistością. Skupia się ona na obserwowaniu przestrzeni i rzeczy, które się w niej wydarzają. Dzięki temu technologie opracowane w grach komputerowych i kinematografii zaczęły trafiać do medycyny, ale znów w ograniczonym zakresie.

■ **Jakie to technologie?**

Pojawiły się urządzenia od Microsoftu, jak np. Kinect, który jest dobrze znany fanom gier. Stawia się pacjenta przed Kinectem, który wysyła wiązkę podczerwieni, ta trafia z powrotem do urządzenia, które na tej podstawie może oszacować głębokość, wykorzystując model biomechaniki człowieka. W uproszczeniu matematycznym: kończyny są liniami połączonymi punktami zgięć, czyli stawami. Dzięki temu komputery mogą odczytywać różne parametry, jak np. prędkości kątowe czy prędkość poruszania się człowieka. Kinect posiada jednak swoje ograniczenia. Działa w bardzo ograniczonej przestrzeni i mierzy tylko człowieka ustawionego frontem do urządzenia. Jeśli pacjent przełoży rękę za plecy, to Kinect już tego nie zauważy, dlatego nie widzę w tym długoterminowego rozwiązania.

■ **A co może być rozwiązaniem długofalowym?**

Pojawiają się technologie wykorzystujące czujniki inercyjne, które są w stanie mierzyć parametry ruchowe, po prostu czując ruch. Porównałbym to do sytuacji, w której ruszamy swoimi kończynami, mając zamknięte oczy. Nie widzimy tego, ale czujemy, że ręka czy noga rusza się w jakimś kierunku. Ten zmysł nazywa się propriocepcją, czyli czuciem



głębokim. Czujniki inercyjne da się zaprogramować tak, żeby były propriocepcją dla maszyn. Najczęściej składają się z akcelerometru, żyroskopu i magnetometru, które zbierają wszystkie informacje, a specjalny algorytm zamyka je w jedną paczkę, nazywaną kwaternionem. I to właśnie ten kwaternion mówi nam o ułożeniu czegoś w przestrzeni. Na bazie zmiany położenia w czasie możemy mierzyć dowolne parametry ruchowe na podstawie mechaniki newtonowskiej. Brzmi to skomplikowanie, ale całą ideą tej technologii jest wykorzystanie jej w taki sposób, aby była łatwa w obsłudze dla lekarzy i fizjoterapeutów, którzy nie powinni się zastanawiać, jak ta magia działa.

■ **Czy takie rozwiązania są już dostępne na rynku?**

Podczas targów SECEC, które odbyły się w Poznaniu, swoją premierę miał system RSQ Motion, wykorzystujący właśnie czujniki inercyjne. To certyfikowany wyrób medyczny, a w drodze mamy jeszcze patent i czekamy na szczęśliwe rozwiązanie. Wierzmy, że sport, medycyna i fizjoterapia potrzebują radykalnej zmiany w myśleniu o analizie ruchu. Postawiliśmy na zestawy czujnikowe, które łączą się z telefonem przez Bluetooth i są łatwe do połączenia z dokumentacją medyczną. Najważniejsza jest wygoda użytkownika. Wiemy, że w gabinetach głównym problemem jest brak czasu. Dlatego podłączenie tych czujników musi być bardzo proste, a dodatkowo taki zestaw powinien być przenośny. Dlatego RSQ Motion można spakować do plecaka i jechać z nim na stadion, by np. badać sportowców.

■ **Dlaczego takie rozwiązania dotychczas nie trafiły do gabinetów?**

Z reguły jest to wypadkowa kosztów, czasochłonności i braku wytworzenia sensownej usługi, która da pacjentowi poczucie dobrego przebadania, jakości oraz przeprowadzenia usługi premium. Postanowiliśmy to wszystko zmienić. Dajemy coś, co jest wykładniczo tańsze, mieści się do plecaka i można od razu podłączyć do dokumentacji medycznej, np. RSQ Physio czy RSQ Doctor. Chcemy, aby medycy mogli do swoich gabinetów wprowadzić atrakcyjne usługi, takie jak badanie propriocepcji, pomiary zakresu ruchów czy pomiary prędkości kątowych, które są bardzo istotne dla sportowców. Chcemy, aby technologia była użyteczna, łatwa w obsłudze. ■

Z MEDYCZNEJ WOKANDY

O przedawnieniu karalności raz jeszcze

Zgodnie z art. 63 ust. 3 i 4 ustawy o izbach lekarskich karalność przewinienia zawodowego ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat, chyba że czyn stanowi jednocześnie przestępstwo. W takim przypadku ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa. Trzeba tu od razu dodać, że w kwestii, czy dane postępowanie lekarza jest przestępstwem, decyduje nie sąd lekarski, a sąd powszechny w postępowaniu karnym. Potwierdził to wyrok Sądu Najwyższego z 9 września 2013 r. (sygn. akt SDI 26/13), w którym stwierdzono, że „jedynie prawomocny wyrok sądu powszechnego skazujący za przestępstwo, którego znamiona zawarte są w zarzucanym przewinieniu zawodowym, jest podstawą ustaleń w postępowaniu dyscyplinarnym, że przewinienie takie zawiera znamiona przestępstwa”. No tak, ale co zrobić, jeżeli minęło już 5 lat, a ciągle nie ma wyroku karnego. Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w wyroku Sądu Najwyższego – Izba Karna z 29 września 2015 r. (sygn. akt SDI 33/15).



Jerzy Sowiński



Jędrzej Skrzypczak

Stan faktyczny w tej sprawie przedstawiał się następująco. Orzeczeniem OSK z 22 maja 2014 r. umorzono postępowanie w sprawie obwinionych lekarzy W.J. oraz A.M. o przewinienia dyscyplinarne określane jako niewykazanie należytej staranności w postępowaniu wobec pacjenta M.O., mające miejsce 11 i 12 stycznia 2009 r. Podstawą prawną umorzenia były przywołane powyżej przepisy art. 63 o izbach lekarskich. Odwołania od tego orzeczenia złożyli pokrzywdzeni oraz ich pełnomocnik. Podnosili w nich m.in., że orzeczenie o umorzeniu postępowania dyscyplinarnego było bezpodstawne, jako że równoległe do niego toczyło się wobec obu obwinionych postępowanie karne, które zakończone nie zostało, a dotyczyło tożsamy zachowań.

Po rozpoznaniu tych odwołań, NSL orzeczenie sądu pierwszej instancji utrzymał w mocy. Rozpatrując kasację wniesioną przez pełnomocnika pokrzywdzonych, Sąd Najwyższy stwierdził, iż w tym przypadku rzeczą bezsporną pozostawał fakt tożsamości podmiotowej i przedmiotowej postępowania dyscyplinarnego oraz postępowania karnego. Inaczej mówiąc, w obu postępowaniach chodziło o ten sam czyn lekarza. W postępowaniu karnym dopiero 9 kwietnia 2015 r. zapadł przed sądem rejonowym wyrok uniewinniający obu oskarżonych, ale został on apelacyjnie zaskarżony i sprawę przekazano do rozpoznania sądowi okręgowemu w postępowaniu odwoławczym. Termin rozprawy apelacyjnej nie został jeszcze wyznaczony. W tej sytuacji nie można było przewidzieć ani terminu rozpoznania sprawy karnej, ani jej wyniku, a w konsekwencji czasu prawomocnego rozstrzygnięcia w przedmiocie odpowiedzialności karnej. OSK oraz NSL, umarzając postępowanie dyscyplinarne wobec obwinionych, powołały się na pięcioletni okres przedawnienia deliktów dyscyplinarnych, przewidziany w art. 64 ust. 3 ustawy o izbach lekarskich. Jak podkreślił SN w uzasadnieniu swojego stanowiska, niewątpliwie do chwili orzekania w pierwszej instancji dyscyplinarnej (22 maja 2014 r.) upłynął już okres pięcioletni od czasu wskazanych w zarzutach czynów (11 i 12 stycznia 2009 r.). Skoro do dnia orzekania przez okręgowy sąd lekarski takiego wyroku nie było, to – zdaniem OSK – zastosowanie znajdował pięcioletni okres przedawnienia, implikujący umorzenie postępowania. Stanowisko to w pełni podzielił Naczelny Sąd Lekarski, w uzasadnieniu orzeczenia podkreślając, że również w dacie orzekania przezeń obwinieni nie byli

prawomocnie skazani za przestępstwo tożsame z zarzucanymi przewinieniami dyscyplinarnymi, „co bezwzględnie obligowało” orzeczenie o umorzeniu postępowania, a jednocześnie nie pozwalało na „zastosowanie zawieszenia postępowania”. Jak podkreślił SN, pięcioletni okres przedawnienia karalności przewinień dyscyplinarnych na gruncie ustawy o izbach lekarskich (podobnie zresztą jak i w postępowaniach dyscyplinarnych dotyczących innych grup zawodowych) doznaje wszak istotnego wyjątku: art. 64 ust. 4 ustawy o izbach lekarskich przewiduje, że jeżeli przewinienie dyscyplinarne stanowi jednocześnie przestępstwo, ustanie jego karalności następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa. Zdaniem SN w pełni zasadnie sąd pierwszej instancji stwierdził, że jedynie prawomocny wyrok sądu powszechnego może być podstawą przyjęcia, że tożsamy delikt dyscyplinarny stanowi jednocześnie przestępstwo. Tyle tylko, że w realiach tej sprawy stwierdzenie to nie było wystarczające do umorzenia postępowania, skoro toczyło się (i nadal się toczy) postępowanie karne dotyczące tych samych czynów. Dopiero zatem prawomocne zakończenie postępowania karnego, w zależności od zapadłego w nim rozstrzygnięcia, pozwoli określić faktyczny okres przedawnienia również zarzucanych przewinień dyscyplinarnych. Jeśli obwinieni zostaną prawomocnie uniewinnieni, rzecz jasna, okres przedawnienia karalności przewinień dyscyplinarnych będzie taki jak dotychczas przyjęły to sądy dyscyplinarne. W przeciwnym wypadku, w razie skazania za przestępstwa, okres ten będzie kształtował się zgodnie z regułami wskazanymi w przepisach art. 101 i 102 Kodeksu karnego, a więc uzależniony będzie od przyjętej kwalifikacji prawnej przypisanych prawomocnie przestępstw. W chwili orzekania przez SN nie można było przesądzić, czy nastąpiło już przedawnienie karalności zarzucanych przewinień dyscyplinarnych. W tym miejscu dochodzimy do konkluzji. Otóż, jak podkreślił SN, ową kolizję, wynikającą z różnych okresów przedawnienia karalności przewinień zawodowych i tożsamy z nimi przestępstw, rozwiązuje przepis 54 ust. 2 ustawy o izbach lekarskich, przewidujący m.in. możliwość zawieszenia postępowania dyscyplinarnego do czasu ukończenia postępowania karnego, jeśli jego wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Wprawdzie przepis ten określa fakultatywną formę zawieszenia postępowania ►

► dyscyplinarnego („może być zawieszono”), ale nie ulega wątpliwości, że możliwość ta przekształca się w obowiązek, kiedy to od wyniku postępowania karnego wprost uzależnione jest obliczenie okresu przedawnienia deliktu dyscyplinarnego. Szeroką i w pełni przekonującą argumentację w tym zakresie przedstawił Sąd Najwyższy w uchwale 7 sędziów z 28 września 2006 r. (I KZP 8/06). Stwierdzono w niej, że „postępowanie dyscyplinarne (...) toczy się niezależnie od

postępowania karnego, także w wypadku jednoczesności i podmiotowo-przedmiotowej tożsamości tych postępowań”. W takiej sytuacji postępowanie dyscyplinarne należy jednak zawiesić do czasu ukończenia postępowania karnego, gdy przemawia za tym wzgląd na ekonomię procesową lub właśnie konieczność zastosowania instytucji przedawnienia karalności. I taka powinna być wykładnia, a w konsekwencji praktyka sądów lekarskich. ■

Tylko 17 procent objętych taryfą

Inspektorzy Najwyższej Izby Kontroli kompleksowo przyjrzeni się systemowi wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazują na jego nieefektywność mimo na ogół prawidłowej realizacji zadań przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawowym celem taryfikacji jest dokonanie wyceny świadczeń, adekwatnej do rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty lecznicze, zarazem niezależnej od płatnika (NFZ). Ma ona służyć także równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewniać możliwie najlepszą dostępność świadczeń gwarantowanych oraz gospodarność w wydawaniu pieniędzy publicznych.

Niejednolity sposób prowadzenia rachunku kosztów w podmiotach leczniczych w istotny sposób utrudniał uzyskanie danych niezbędnych do opracowania taryf. Przekładało się to na długotrwały proces wyceny świadczeń, a w ślad za tym na niski stopień (33 proc.) realizacji planów taryfikacji. NIK zwróciła uwagę na to, że taryfą objęto niespełna 17 proc. świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kontrolerzy ustalili, że wartość sfinansowanych w 2019 r. świadczeń opieki zdrowotnej, dla których prezes AOTMiT opublikował taryfę, wynosiła 15,2 mld zł, wobec kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w wysokości 90,1 mld zł. Oznacza to, że jedynie niespełna 17 proc. świadczeń opieki zdrowotnej było objętych taryfą. Najlepiej pod tym względem wygląda sytuacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, najgorzej – w opiece rehabilitacyjnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

W dokumencie pokontrolnym czytamy m.in.: „W latach 2015–2020 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki w zakresie taryfikacji świadczeń, wynikające z ustawy o świadczeniach. Prezes Agencji terminowo sporządzał plany taryfikacji na dany rok i przekazywał je do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia wraz z opiniami Prezesa NFZ i Rady ds. Taryfikacji. NIK zwraca jednak uwagę na niski stopień realizacji planów taryfikacji – tylko 33 proc. W badanym okresie nie opracowano taryf dla 1500 świadczeń z 2226, które zostały ujęte w planach taryfikacji lub zostały zlecone przez Ministra Zdrowia (prace nad 776 taryfami zostały wstrzymane, 299 taryf zostało wycofanych, a 425 taryf było w trakcie realizacji). Na niski stopień realizacji planów wpływ miały następujące czynniki: duża pracochłonność procesu taryfikacji, w tym przekraczający

roczną perspektywę planowania proces uzyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji przez AOTMiT, oraz doraźne zlecenie przez Ministra Zdrowia przeprowadzenia taryfikacji. W tym trybie zlecił on opracowanie taryf dla 1436 świadczeń, wobec 790 ujętych bezpośrednio w planach taryfikacji (minister mógł używać takiego trybu w szczególnych przypadkach, a korzystał z niego nagminnie).

Minister Zdrowia nie zatwierdził lub nie zmienił 54 taryf świadczeń opracowanych przez Prezesa Agencji w latach 2018–2020 (36 wynikających z planu taryfikacji oraz 18 zleconych przez Ministra Zdrowia), mimo że uzyskały one pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji, i nie przekazał ich Prezesowi Agencji celem opublikowania. Minister Zdrowia swoje decyzje uzasadnił dezaktualizacją części analiz i projektów taryf oraz wprowadzaniem na rynek bardziej innowacyjnych rozwiązań. Ponadto w latach 2015–2020 (do 28 września) Agencja opracowała łącznie 138 projektów taryf, które nie zostały opublikowane w BIP do konsultacji zewnętrznych z powodu wstrzymania lub wycofania zlecenia przez Ministra Zdrowia. W ocenie NIK takie działanie naraża budżet państwa na nieuzasadnione koszty. Kontrolerzy NIK wykazali również, że w procesie taryfikacji problemem pozostaje jego długotrwałość. Ów proces trwał średnio 192 dni, a w najdłuższym przypadku były to nawet 464 dni”.

Do ministra zdrowia skierowane zostały wnioski m.in. o:

- zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu aktualizacji wyceny, wynikającej ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem, wynikających z ustawy o świadczeniach, kompetencji AOTMiT i NFZ;
 - podjęcie działań mających na celu nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na uniemożliwieniu prezesowi agencji zlecenia zadań na podstawie umów cywilnoprawnych członkom Rady ds. Taryfikacji.
- Do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zostały skierowane wnioski m.in. o:
- ścisłą współpracę z AOTMiT i ministrem zdrowia w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze wzrostem kosztów w ochronie zdrowia;
 - doprowadzenie do zgodności wartości punktowych świadczeń ustalonych przez prezesa NFZ w zarządzeniach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń z taryfami obwieszczanymi przez prezesa AOTMiT. (pik)

Szczepienia, szczepienia, szczepienia...

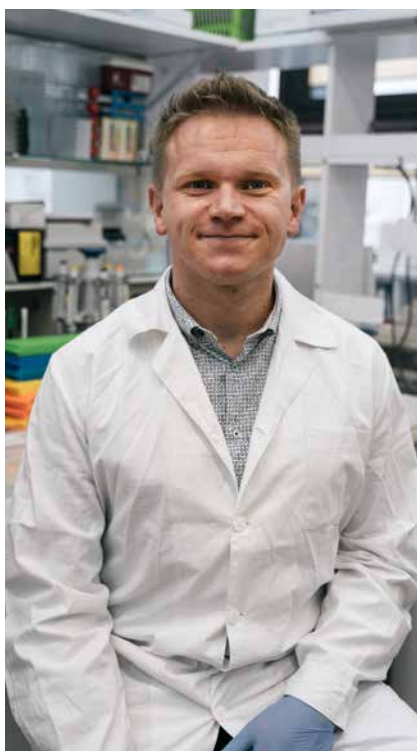
Dr Paweł Zmora – kierownik Zakładu Wirusologii Molekularnej Instytutu Chemii Bioorganicznej Polskiej Akademii Nauk w Poznaniu – o prognozach na czwartą i kolejne fale epidemii SARS-CoV-2.

- **Przemysław Ciupka: Rozmawiamy 13 września – analizując dane z ostatnich dni, okazuje się, że każdej doby odnotowujemy kilkadziesiąt zakażeń COVID-19 więcej niż w analogicznym okresie ubiegłego roku, choć zaszczepiło się ponad 19 mln osób i odnotowaliśmy blisko 3 mln potwierdzonych przypadków zachorowań. O czym to świadczy?**

Dr Paweł Zmora: Świadczy to o tym, że mamy zupełnie nowego wirusa, wariant delta, który jest wariantem absolutnie dominującym w tej chwili. To wirus, który trochę inaczej się zachowuje niż chociażby wariant alfa – zdecydowanie szybciej i łatwiej wnika do komórek i zdecydowanie szybciej się roznosi. Ostatnie doniesienia z CDC [*Centers for Disease Control and Prevention* – red.] wskazują na to, że ryzyko zakażenia wariantem delta jest 5-krotnie większe, a ryzyko hospitalizacji lub śmierci 10-krotnie większe u osób niezaszczepionych, zatem gdyby nie było szczepień, to liczbę przypadków mnożylibyśmy co najmniej razy pięć.

- **Kiedy mamy się spodziewać szczytu czwartej fali w Polsce?**

Ja się spodziewam w ciągu kilku tygodni, na przełomie października i listopada. Sądzę, że to będzie taki sam przedział czasowy, jaki obserwowaliśmy w zeszłym roku i po raz kolejny będzie to związane z powrotem dzieci do szkół. Widzimy to już teraz – minęło kilka dni od rozpoczęcia roku szkolnego i widzimy już wzrost liczby zachorowań. Współczynnik R z dnia na dzień rośnie, jest już powyżej jedności, co oznacza, że statystycznie jeden zakażony zakaża więcej niż jedną osobę. Możemy się więc spodziewać, że zachorowań będzie więcej i więcej. Im szybciej się zaszczepimy, tym zakażeń będzie mniej. Przy czym nie oszukujemy się – obecnie nie jesteśmy w stanie zaszczepić się na tyle, żeby całkowicie zastopować tę czwartą falę. Musimy pamiętać o tym, że większość szczepionek potrzebuje co najmniej 6 tygodni, aby w pełni chronić przed chorobą.



Fot. Archiwum dr. Pawła Zmory

- **Za kilka tygodni powinniśmy się spodziewać raczej 1–2 tys. przypadków dziennie czy może ponad 30 tys., co obserwowaliśmy jeszcze wiosną?**

Najbardziej pesymistyczne prognozy matematyczne grupy ekspertów z Warszawy wskazują, że możemy osiągnąć poziom nawet 50 tys. Natomiast ja jestem większym optymistą i sądzą, że liczba nowych dziennych zakażeń oscylować będzie wokół 15 tys. Wszystko zależy od nas, z jednej strony od tego, czy będziemy się dalej szczepić – bo nawet jedna dawka częściowo chroni, a z drugiej strony od tego, jak będziemy się zachowywać. Dlatego te kolejne apele i prośby o stosowanie się do tego, o czym mówią wszyscy eksperci: nośmy maseczki w każdym miejscu użyteczności publicznej oraz dbajmy o higienę dłoni – to naprawdę ogranicza ryzyko transmisji SARS-CoV-2. Mając na uwadze również fakt, że poprzednie fale były związane z powrotem do nauki stacjonarnej, powinniśmy wprowadzić pewne zasady, o których mówi chociażby Komitet ds. COVID-19 PAN przy prof. Jerzym Duszyńskim: wietrzenie, maseczki i te-

stowanie – trzy podstawowe elementy. Wietrzyć jak najwięcej i jak najdłużej, prowadzić lekcje nawet przy otwartych oknach. Zdaję sobie sprawę, że to może być niekomfortowe, ale zdecydowanie zmniejszy ryzyko zakażenia SARS-CoV-2. Do tego obowiązkowe maseczki w trakcie lekcji, wymienne co najmniej 2 razy dziennie, oraz testowanie na obecność nowego koronawirusa. Powinno się umożliwić testowanie osób, które zaczynają mieć objawy grypopodobne, jak również wykonywać testy przesiewowe wyłapujące osoby zakażone i nieświadome tego faktu. Musimy pamiętać, że dzieci mogą przechodzić COVID-19 bardzo łagodnie, ale równocześnie bardzo łatwo przenoszą patogen na innych, np. na rodziców. A statystyki pokazują, że rodzice dzieci w wieku szkolnym są w większości niezaszczepieni, a tym samym podatni na zakażenie.

- **Szczepieni mogą sobie pozwolić na zdjęcie masek i większe rozluźnienie?**

Musimy podejść do tego zdroworozsądkowo. Ta maseczka nie jest przecież niczym wielkim. Ja jestem zaszczepiony, Pan również, a mimo wszystko rozmawiamy w maseczkach, dlatego że maseczki zmniejszają ryzyko zakażenia. Musimy pamiętać, że obecnie mamy kilka wariantów genetycznych, ale tak naprawdę kwestią tygodni lub miesięcy jest pojawienie się nowego wariantu lub szczepu, który może być bardziej odporny na szczepionki. Dlatego też dla własnego bezpieczeństwa zawsze noszę maseczkę w zamkniętym pomieszczeniu i myślę, że to jest dobre rozwiązanie.

- **W krajach, gdzie czwarta fala nabrała już rozpędu, odnotowuje się wysoki stopień zachorowalności, ale niższy niż wcześniej współczynnik hospitalizacji – to kwestia szczepień, czy również innych czynników?**

To wyłącznie kwestia szczepień. Dane z USA, Izraela czy Wielkiej Brytanii, czyli tych krajów, które są najbardziej dotknięte w tej chwili czwartą falą, wskazują jednoznacznie – hospitalizo-

wani to w ponad 90 proc. osoby niezaszczone. Świadczy to o tym, że szczepionki skutecznie chronią przed ciężkim przebiegiem i hospitalizacją.

- **Izrael, o którym Pan wspominał, to ciekawy przykład. Media obiegł cytat z komunikatu Uniwersytetu Johna Hopkinsa z Baltimore: „Izrael, niegdyś lider w światowym wyścigu w walce z Covid-19, stał się na początku września krajem z najwyższym wskaźnikiem infekcji na mieszkańca”. Co poszło nie tak?**

Poziom zaszczepienia. Na początku szło genialnie i wszyscy podziwialiśmy tempo szczepień. Potem stało się coś podobnego do tego, co widzimy też w Polsce – w pewnym momencie doszli do szklanego sufitu, którego nie udało się przebić. Pytanie – dlaczego? Możemy dywagować, bazując na doniesieniach medialnych, gdyż zgodnie z moją wiedzą brakuje publikacji naukowych opisujących tę sytuację. Przede wszystkim nie wiadomo, kto się nie zaszczepił. Nieoficjalne informacje mówią o tym, że szczepienia odrzuciły grupy ortodoksyjnie religijne. Należy mieć na uwadze również fakt, że Izrael to kraj pełen napięć politycznych, różnic kulturowych – to wszystko sprawiło, że poziom zaszczepienia zatrzymał się na 60 proc. populacji, co z kolei przyczyniło się do ogromnej czwartej fali. Warto podkreślić, że chorują w znakomitej większości osoby niezaszczone. To powinien być również pewien sygnał alarmowy dla nas – jeżeli w zdecydowanie mniejszym państwie o wyższym poziomie szczepień [w Polsce to 50 proc. – red.] sytuacja stała się bardzo trudna, to co może wydarzyć się w Polsce?

- **Drugim państwem, które długo było liderem, jeżeli chodzi o tempo szczepień, była Wielka Brytania, gdzie również akcja wyhamowała, przekraczając poziom 60 proc. Teraz tamtejszy minister zdrowia Sajid Javid zapowiada, że nie będzie wymogu certyfikatów covidowych na wejście do klubów i imprezy masowe. Bardzo poważnie rozważane jest zniesienie testów PCR po powrocie/przyjeździe do kraju. Zaskakujące?**

Ja naprawdę nie rozumiem podejścia niektórych polityków. Politycy nie są ekspertami, powinni polegać na wiedzy

Musimy pamiętać, że dzieci mogą przechodzić COVID-19 bardzo łagodnie, ale równocześnie bardzo łatwo przenoszą patogen na innych, np. na rodziców. A statystyki pokazują, że rodzice dzieci w wieku szkolnym są w większości niezaszczone, tym samym podatni na zakażenie.

osób, które poświęciły życie nauce, wirusom, szczepionkom. Wszyscy epidemiolodzy, wirusolodzy i wakcynolodzy mówią jednym głosem: szczepienia, szczepienia, szczepienia. Jeżeli teraz powrócimy do standardów sprzed wybuchu pandemii, to będzie się to wiązało z tym, że może nie w ciągu kilku tygodni, ale kilku miesięcy pojawi się całkowicie nowy szczep SARS-CoV-2. Szczep o zupełnie innych właściwościach, który może być odporny na obecne szczepionki i cofniemy się znów do punktu wyjścia. O ile same szczepionki nie są wielkim problemem, ponieważ te produkowane w technologii mRNA mogą być łatwo i stosunkowo szybko modyfikowane, o tyle ponowne namówienie społeczeństwa do szczepień i dotarcie do pacjentów może okazać się wyzwaniem zdecydowanie trudniejszym.

- **Sięgając dalej – czym będzie SARS-CoV-2 nie w perspektywie miesięcy, ale lat – nadal wirusem wywołującym groźną chorobę i szerzącym spustoszenie na całym globie, grypą, a może COVID-19 stanie się chorobą wieku dziecięcego i jedno przechorowanie da nam odporność na całe życie?**

Każdy z tych scenariuszy jest możliwy, a wiele zależy tak naprawdę od nas samych i działań podejmowanych w skali globalnej. Mam nieodparte wrażenie, że jako społeczeństwo przyglądamy się pandemii z punktu widzenia, jeżeli mogę sobie pozwolić na takie porównanie, tłustego kota na luksusowej kanapie. Patrzymy na to wszystko z perspektywy kraju mimo wszystko rozwiniętego i bogatego, który nie ma

Możliwe, że SARS-CoV-2 zmutoje w taki sposób, że stanie się kolejnym koronawirusem wywołującym przeziębienie. To może nastąpić jednak dopiero za 5–6 lat, ponieważ SARS-CoV-2 mutuje 6-krotnie wolniej niż wirus grypy.

problemu z dostępem do szczepionek. Jednak pandemia z samej nazwy jest problemem ogólnoswiatowym. W wielu krajach afrykańskich i azjatyckich poziom zaszczepienia oscyluje w granicach 1–10 proc., tam wirus będzie się dalej namnażał i mutował, nawet jeżeli w Polsce i innych krajach rozwiniętych zdołamy zaszczepić większość populacji.

Możliwe, że SARS-CoV-2 zmutoje w taki sposób, że stanie się kolejnym koronawirusem wywołującym przeziębienie. To może nastąpić jednak dopiero za 5–6 lat, ponieważ SARS-CoV-2 mutuje 6-krotnie wolniej niż wirus grypy. Przy czym obserwując ostatnie warianty genetyczne, obawiam się, że wirus wcale nie musi stać się łagodniejszy, a coraz bardziej zjadliwy i śmiertelny. Wiele zależy od tego, czy i jak szybko zaszczepimy światową populację.

- **Lekarze to jedna z najlepiej wyszczepionych grup zawodowych w Polsce, na poziomie ponad 90 proc. Co lekarze mogą jeszcze zrobić, by przekonać swoich pacjentów do pójsią tą samą drogą?**

Kluczem do sukcesu jest edukacja. Jak słyszę argumenty podawane przez antyszczepionkowców, to czasami łapię się za głowę. Takich bzdur, jakie oni wygadują, nie słyszałem nigdy wcześniej. To, co możemy robić my – naukowcy, lekarze – to edukacja. Musimy cierpliwie tłumaczyć, czym są szczepienia, że są skuteczne, przede wszystkim bezpieczne, że nie jest to żaden spisek koncernów farmaceutycznych i medyków. Jest to ogólnoswiatowy problem, który musimy rozwiązać wspólnie. Jeżeli połowa społeczeństwa będzie to negować, wirus będzie miał przestrzeń, by dalej mutować, mogą powstawać nowe warianty, a w ostateczności zupełnie nowe szczepy. To będzie niosło ze sobą zachorowania i zgony, a przeciągająca się pandemia będzie oddziaływać negatywnie również na nasze zdrowie psychiczne, gospodarkę i w zasadzie każdy aspekt życia. ■

DAWKA INFORMACJI

Dziesiątki, setki, tysiące informacji. Docierają do nas różnymi drogami. Coraz szybciej, przez całą dobę. Informacje zwyczajne, ważne, z ostatniej chwili. Fascynujące, nieprawdopodobne, sensacyjne. Głównym składnikiem dawki informacji są fragmenty wiadomości rzeczowych. Pochodzą one z różnych mediów i serwisów.

Terapia CAR-T refundowana

Pierwsza terapia komórkowa i genowa CAR-T jest od 1 września refundowana w Polsce. Jedną z najbardziej zaawansowanych procedur medycznych i najdroższych terapii na świecie jest dostępna dla pacjentów w wieku do 25 lat z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek B. *To przełom w leczeniu nowotworów w Polsce, gdyż od 1 września refundujemy jedną z najbardziej innowacyjnych terapii dla pacjentów onkologicznych* – podkreśla minister zdrowia Adam Niedzielski. Terapia CAR-T wykorzystuje własny układ odpornościowy pacjenta i zaawansowaną inżynierię genetyczną, aby walczyć z nowotworem dzięki zmodyfikowanym genetycznie limfocytom T. Daje szansę na wydłużenie życia, a nawet wyleczenie choroby u osób, względem których lekarze wyczerpali aktualnie dostępne metody postępowania.

WWW.MZ.GOV.PL

Do spraw pałacych

Powołaliśmy nowego wiceministra, który ma zająć się sprawami, które są najbardziej pałace. Mówię tu zarówno o dialogu społecznym, ale też o rozwoju kadr. To dwa obszary, które odnoszą się do sporu, który mamy z komitetem protestacyjnym – przekazał minister zdrowia Adam Niedzielski na konferencji prasowej w poniedziałek (13 września – przyp. AP). Nowym wiceministrem zdrowia został Piotr Bromber. Medycy od soboty protestują w „Białym Miasteczku 2.0” w pobliżu Kancelarii Premiera. Piotr Bromber dotychczas był dyrektorem Lubuskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

WWW.INTERIA.PL

Do końca 2021 roku

Szpitalom dostaną wyższy ryczałt. Chodzi o ponad 730 mln zł, które zostaną wypłacone do końca tego roku. Środowisko reprezentujące szpitale powiatowe przyznaje, że dodatkowe środki pozwolą m.in. na wzrost wynagrodzeń dla personelu niemedycznego. O podwyżce ryczałtu PSZ dla szpitali poinformowali podczas Forum Ekonomicznego w Karpaczu Adam Niedzielski – minister zdrowia, i Filip Nowak – pełniący obowiązki prezesa NFZ. Pierwsza transza tych środków trafi do szpitali już w październiku, z wyrównaniem od 1 lipca 2021 r. *Są to dodatkowe środki, niezależne od pieniędzy przeznaczonych do tej pory na wynagrodzenia w systemie ochrony zdrowia* – zaznacza F. Nowak.

WWW.NFZ.GOV.PL

„Krok po kroku”

W piątek, 10 września 2021 r. w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym w Poznaniu odbyły się kolejne warsztaty pt. „Histeroskopia diagnostyczna i operacyjna w znieczuleniu miejscowym”, realizowane w ramach działalności praktyczno-edukacyjnej Międzynarodowego Centrum Minimalnie Inwazyjnej Chirurgii Ginekologicznej. Warto podkreślić, że ten rodzaj minimalnie inwazyjnych zabiegów wykonywanych we wnętrzu jamy macicy nie wymaga znie-

czulenia ogólnego! Podczas tej edycji warsztatów prof. Maciej Wilczak wraz z zespołem lekarzy Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka przedstawiali „krok po kroku” praktyczne zasady i najnowsze techniki stosowane w nowoczesnej histeroskopii diagnostycznej i operacyjnej, wykonywanej tylko w znieczuleniu miejscowym. Pacjentka w czasie wykonywania takiego zabiegu jest w pełni świadoma, mając unikalną możliwość obserwowania wszystkich etapów minimalnie inwazyjnego zabiegu, a po ok. 2 godzinach może opuścić szpital. Ponadto w każdym momencie wykonywania tego typu procedury medycznej pacjentka może rozmawiać z lekarzem oraz zadawać mu pytania dotyczące przebiegu poszczególnych etapów procedury zarówno diagnostycznej, jak i operacyjnej.

WWW.UMPEDU.PL

KPRM odgradzona barierkami

Protest medyków, który szedł z placu Krasińskich, dotarł przed Kancelarię Premiera. Tutaj zaplanowano powstanie „białego miasteczka” środowisk medycznych, które domagają się m.in. wyższych wynagrodzeń. KPRM jest odgradzona policyjnymi barierkami. Protestujący z całej Polski zebrali się w sobotę (11 września – przyp. AP) w południe w rejonie placu Krasińskich, skąd przeszli przed KPRM. Po drodze zatrzymali się pod Ministerstwem Zdrowia, Pałacem Prezydenckim oraz Sejmem.

Przed Sejmem minutą ciszy uczczono pacjentów, którzy stracili życie, jak stwierdziła przemawiająca tam przedstawicielka środowisk medycznych, „przez błędy systemu ochrony zdrowia”. *Tu jest zmiana, ona zaczyna się w tym miejscu* – mówiła. Protestujący mieli ze sobą transparenty z takimi hasłami jak: „Krótko żyjemy, bo ciężko pracujemy”, „Zapraszamy na oddziały, bo niedługo zamykamy”, „Pandemia braków pielęgniarek i położnych trwa od lat”, „Umieramy o 20 lat wcześniej niż inne Polki”, „Żądamy godnych zarobków”, „Nie ma medycyny bez diagnostyki”, „Politycy! Nie róbcie z medyków niewolników!”. Większość protestujących ubrała się w białe koszulki, a pielęgniarki założyły dodatkowo zawodowe czepki z aksamitną taśmą. Skandowano m.in.: „Publiczna ochrona zdrowia kona”, „Wyleczcie albo dojdźcie”, „Nie ma medyków, nie ma leczenia”.

WWW.GAZETAPRAWNA.PL

Płacić za jakość

Ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, koordynacja leczenia i Fundusz Kompensacyjny – to jedne z najważniejszych zagadnień tegorocznego Forum Ochrony Zdrowia. *Musimy zacząć płacić za jakość. Te placówki, które będą miały jakość na wysokim poziomie, będą lepiej wynagradzane. Te, które będą na gorszym poziomie, będą musiały się podciągnąć. Według mnie jest to jedna z najważniejszych ustaw w ochronie zdrowia* – podkreślał Rzecznik Praw Pacjenta Bartłomiej Chmielowiec.

Ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta była jednym z głównych tematów zdrowotnych.

Bartłomiej Chmielowiec zaznaczył, że największym wyzwaniem jest uchwalenie jej i wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia tzw. kultury bezpieczeństwa. *Nie jest tak, że jakkolwiek dokument wymusi nagle potężne zmiany. Trzeba się do nich przygotować, trzeba chcieć zmienić podejście do procesu diagnostycznego, terapeutycznego i do pacjentów, ale też edukować społeczeństwo w kwestii ochrony własnego zdrowia, profilaktyki, praw i obowiązków pacjenta* – dodał.

WWW.GOV.PL

Ograniczają, wykluczają

Od października mają wejść w życie nowe zasady udzielania teleporad. Przepisy w kilku przypadkach ograniczają lub wręcz wykluczają możliwość zdalnej konsultacji z lekarzem, dozwolony będzie wyłącznie bezpośredni kontakt podczas wizyty w placówce. Przeciwno zmianom protestują zarówno środowiska lekarskie, jak i pacjenckie, negatywnie wypowiadają się związki pracodawców, sprzeciw zgłaszają również firmy pośredniczące w konsultacjach online.

Nowe przepisy utrudnią dostęp do specjalistów, ograniczą możliwości kontaktu z lekarzem osobom z małych miejscowości, sprawiają, że w przychodniach wydłużą się kolejki, a czas oczekiwania na wizytę znacznie wzrośnie. Nie można zapominać o panującej pandemii, więc konieczność odbycia wizyty stacjonarnej w dalszym ciągu może stwarzać zagrożenie epidemiologiczne. Rodzice małych dzieci zwracają z kolei uwagę na przepis, zgodnie z którym pacjent do 6. roku życia w sprawie leczenia będzie musiał się pojawić w przychodni – nie będzie możliwa konsultacja zdalna. A to grupa wiekowa najbardziej narażona na zakażenie koronawirusem – szczepienia w Polsce wciąż obejmują dzieci mające 12 lat i więcej.

ADRIAN DĄBEK, WWW.MEDONET.PL

Ponad 11 milionów złotych...

... z Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2014–2020 (WRPO 2014+) trafi do wielkopolskich szpitali wojewódzkich na rozwój elektronicznych usług publicznych z zakresu e-zdrowia. Przyznane przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego pieniądze unijne wykorzystane zostaną przede wszystkim na poprawę jakości i dostępu pacjenta do e-usług medycznych.

Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu otrzyma 2.678.361,89 zł na projekt pn. „Rozwój infrastruktury informatycznej oraz rozbudowa systemu EDM (elektronicznej dokumentacji medycznej) i e-usług w celu zwiększenia dostępu i poziomu jakości usług z zakresu e-zdrowia”, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu otrzyma 2.346.102,00 zł na projekt pn. „Teleinformatyczne usługi elektroniczne dla zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu”, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu otrzyma 2.232.270,00 zł na „Zwiększenie dostępu pacjentów do usług e-zdrowie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu”, Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie otrzyma 2.253.114,00 zł na „Publiczne usługi elektroniczne dla zwiększenia dostępności świadczeń medycznych i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie”, a Szpital Wojewódzki w Poznaniu otrzyma 1.789.896,00 zł na projekt pn. „Teleinformatyczne usługi elektroniczne dla zwiększenia dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu”.

WWW.UMWWW.PL

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Silva rerum, z łac. las rzeczy, zbiór rozmaitych wiadomości albo utworów różnej treści; dawniej księga domowa albo rodzinna, w której zapisywano dorywczo różne wydarzenia, czasem ciekawostki.

– ZACZĘLI JUŻ POWRACAĆ z Dalekiego Wschodu nasi lekarze. Wielu z nich poszukuje pracy. Natomiast wiele miast, osad, fabryk i t. p. pozbawione jest dziś lekarzy. Dla ułatwienia wzajemnego porozumienia kancelarya Towarzystwa Higienicznego (Krak. Przedm. 66, otwarta od 10 ½ do 3 we wszystkie dni powszednie) przyjmuje adresy zarówno miast i instytucji, potrzebujących lekarzy, jak i lekarzy, poszukujących pracy. Pożądane są od miast i instytucji: oznaczenie wysokości pensji i stałych dochodów; wiadomość, czy lekarze będą korzystali z bezpłatnego mieszkania, opału, światła; podanie odległości od najbliższej stacji kolejowej i najbliższych lekarzy; nazwisko poprzedniego lekarza; liczba recept, wydawanych rocznie przez miejscową aptekę. Od lekarzy pożądane są wiadomości: w którym roku i uniwersytecie ukończył nauki lekarskie; gdzie i w jakiej specjalności poprzednio pracował; czy jest żonaty, czy też bezżenny (ze względu na mieszkanie.) Uprasza się inne pisma o powtórzenie tego zawiadomienia.

„Medycyna” 1906, XXXIV, 59

– ZJAZD ZIEMSTWA W WORONEŻU, bez poradenia się lekarzy ziemskich, postanowił, dla zapobieżenia szerzeniu się choroby syfilitycznej, płacić felczerom po 75 kop. za każdego chorego syfilitycznego, przez nich leczonego. Jeden z lekarzy bardzo słusznie wykazał, że będzie to jedna z bardzo licznych dróg do nadużyć prowadząca, a to z powodu niemożności kontroli nad felczerami; liczba zaś chorych-syfilitycznych niezmiernie wzrośnie – gwoli 75 kopiejkom wynagrodzenia.

„Gazeta Lekarska” 1881, XVI, 108

Ochrona danych osobowych – wymiana EDM

1 lipca rozpoczęła się wymiana Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. To nie jest miejsce i czas na ocenę proponowanych rozwiązań i otoczenia prawnego, na podstawie którego te zadania mają być realizowane, ale zaznaczyć trzeba, że od tego dnia znaczenie i rola systemów informatycznych, za pomocą których gromadzone i przetwarzane są dane osobowe, w tym dane medyczne, nabrały nowego wymiaru.

To moment, od kiedy droga na skróty i po „kosztach” może mieć nieodwracalne konsekwencje dla administratorów danych osobowych – właścicieli gabinetów i poradni. Organizacja sieci komputerowej, systemów zabezpieczeń i dobór adekwatnych narzędzi to podstawa. Często pokusa oszczędności i pozorowanej optymalizacji prowadzi do korzystania z rozwiązań ogólnodostępnych na rynku, których zaletą jest bezpłatność i łatwość w dostępie, ale najczęściej takie rozwiązania bazują na podstawowych narzędziach w zakresie programistycznym i otwartych kodach źródłowych, co powoduje zwiększoną podatność na zagrożenia sieciowe. Nie powinno się również do celów działalności zawodowej używać oprogramowania przeznaczonego do użytku domowego. Takie oprogramowanie najczęściej nie pozwala stosować dodatkowych mechanizmów zabezpieczeń. Na administratorach danych spoczywa obowiązek doboru takich narzędzi, które w sposób obiektywny zapewnią bezpieczeństwo i integralność przetwarzanych danych osobowych. Zarządzający danymi osobowymi często skupiają się na zabezpieczeniu danych przed ich niepożądanym pozyskaniem, a czasem zapominają, że niezwykle istotne jest zapewnienie ich trwałości i kompletności, stąd tak ważne jest opracowanie systemów sporządzania kopii zapasowych. Dzisiejsze programy do prowadzenia dokumentacji medycznej bardzo często są narzędziami online i za bezpieczeństwo oraz kompletność danych odpowiadają ich producenci, ale pamiętajmy, że wybierając konkretny program, powinniśmy zwrócić uwagę i na ten wątek. Praca na danych osobowych jest ściśle związana z operacjami przetwarzania, takimi jak wprowadzanie danych, ich modyfikowanie, archiwizowanie i porządkowanie. Niezwykle ważnym zadaniem dla administratorów danych jest zatem prawidłowe nadanie uprawnień personelowi medycznemu, który przetwarza te dane w gabinecie czy poradni. Jest to tzw. polityka uprawnień, w której każdy pracownik wykonuje tylko te czynności, do których został upoważniony i nadano mu uprawnienia. W tym miejscu nie można pominąć kwestii rozliczalności procesu przetwarzania danych osobowych, czyli ewidencji czynności wykonanych na danych osobowych przez konkretnych pracowników. Jest to na szczęście obowiązek dostawców oprogramowania, aby takie funkcjonalności były dostępne w oferowanych przez nich systemach. Użytkownik systemu musi przy tym posiadać własny login i hasło dostępne o odpowiedniej złożoności. Niedopuszczalne są praktyki udostępniania haseł czy loginów i zastępowanie na przykład lekarzy w pewnych czynnościach, które być może ułatwiają im pracę i są rozsądne, ale z perspektywy przepisów prawa stanowią naruszenie dobrych praktyk oraz zasad rozliczalności procesu przetwarzania danych osobowych. Hasła



Fot. istockphoto

dostępowe muszą być odpowiednio skomplikowane i być regularnie zmieniane. Oczywiście można korzystać z generatorów haseł, jednak trudność w ich zapamiętywaniu może powodować konieczność ich zapisywania, co nie służy kwestii bezpieczeństwa. Rozsądniejsze jest zatem skonstruowanie hasła składającego się z dużych i małych liter, cyfr i znaków specjalnych. Optymalne rozwiązanie to hasło co najmniej ośmioznakowe i zmieniane nie rzadziej niż raz na kwartał. Trzeba też pamiętać, aby nie stosować haseł naprzemiennie czy też hasła nie powinny być ciągiem następujących po sobie klawiszy. Każdy użytkownik systemów informatycznych winien wykorzystywać powierzony mu sprzęt do celów służbowych. Nie jest zalecane łączenie jego funkcji prywatnych i zawodowych. Administrator ma obowiązek serwisować zakupiony sprzęt zgodnie z zaleceniami producentów, a obsługa informatyczna w dzisiejszych okolicznościach musi być stałym elementem w działalności poradni lekarskich. Elektroniczacja procesów medycznych bardzo często powoduje konieczność korzystania z przeglądarek internetowych i poczty elektronicznej do celów służbowych. Pamiętajmy, by zabezpieczyć te czynności oprogramowaniem antywirusowym, które również powinno mieć komercyjną licencję, aby rzeczywiście zapewniać bezpieczeństwo. Niedopuszczalne są również czynności, których efektem jest zapamiętywanie haseł w przeglądarkach internetowych. Każdy użytkownik winien zwracać także uwagę na przesłane pliki, których pochodzenie budzi wątpliwości lub też ich rozszerzenie jest niestandardowe. Zagrożenia sieciowe to jeden z potencjalnych obszarów, na które trzeba uważać, ale nie należy zapomnieć też o zagrożeniach fizycznych, takich jak na przykład kradzież przenośnego komputera. Trzeba zatem pamiętać, aby transportując taki sprzęt samochodem, nie pozostawiać go w widocznym miejscu, a jeśli korzystamy z bazy danych zapisanej bezpośrednio na tym urządzeniu, rekomendowane jest stosowanie szyfrowanych dysków. Mając świadomość wielu obowiązków ciążyących na administratorach danych, najlepiej jest je spisać i uporządkować w dokumencie, który roboczo zazwyczaj tytułowany jest „Instrukcją zarządzania systemami informatycznymi” i stanowi najczęściej załącznik do „Polityki ochrony danych osobowych”. Pamiętajmy też, że nawet najlepsze systemy zabezpieczeń mogą okazać się niewystarczające, jeśli personel nie potrafi z nich korzystać, stąd inwestowanie w umiejętności pracowników musi być również priorytetowo traktowane przez właścicieli poradni.

MAREK SAJ

DYREKTOR BIURA WIL,

SPECJALISTA Z ZAKRESU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

Nie chcę leczyć ludzi, tylko dla nich grać...

Delegatura WIL w Ostrowie Wielkopolskim wsparła wydanie „Ostrowskich przystanków Krzysztofa Komedy Trzcńskiego”, ikony polskiego i światowego jazzu oraz muzyki filmowej. Publikacja powstała pod redakcją Marka Lewickiego, dyrektora I LO w Ostrowie Wielkopolskim, i Jerzego Wojciechowskiego, prezesa Stowarzyszenia „Jazz w Muzeum”.

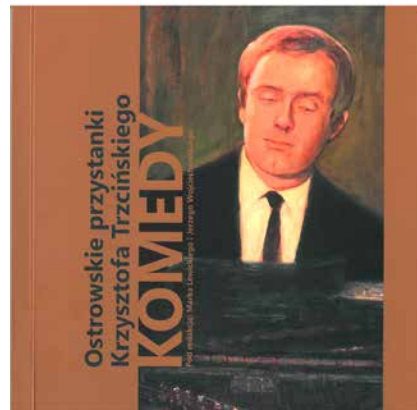
Sięgając po książkę, poznamy bliżej postać Krzysztofa Komedy. Dzięki wspomnieniom kolegów ze szkolnych lat, współtowarzyszy pierwszych muzycznych aranżacji, dowiemy się na przykład, kto był jego pierwszym muzycznym mentorem, jakiej muzyki lubił słuchać w młodości i dlaczego nie chciał studiować medycyny, do której zmusiła go własna matka. Przeczytamy o ostrowskim etapie życia kompozytora, narodzinach zamiłowania do jazzu, pierwszych muzycznych doświadczeniach, pierwszych skandynawskich sukcesach, w końcu wyprawie do Hollywood i tragicznym finale krótkiego życia i spektakularnej kariery.

W bieżącym roku oddajemy w Państwa ręce drugie, poszerzone wydanie owej książki – mówi Jerzy Wojciechow-

ski. A w nim ciekawe artykuły, stare fotografie, a także postaci związane z Komeda, takie jak Urszula Dudziak, Jan Ptaszyn Wróblewski czy Jerzy i Witold Kujawscy.

Mamy nadzieję, że mimo wielu publikacji, które ukazały się na temat Krzysztofa Komedy książka ta przyczyni się do kolejnych refleksji nad twórczością muzyczną i życiem codziennym Krzysztofa Komedy Trzcńskiego – dodaje Marek Lewicki.

To kolejna ostrowska publikacja, która pojawiła się na księgarskim rynku dzięki Delegaturze WIL w Ostrowie Wielkopolskim. Od kilku lat wspieramy wydawanie publikacji książkowych, których pomysłodawcami są wielkopolscy lekarze, a które dotyczą życia i pracy znanych lub zasłużonych dla



regionu lekarzy. Najcenniejszy w naszym dorobku jest „Ostrowski Almanach Medycyny 1834–2000”. Obecny album pokazuje z kolei życie Krzysztofa Komedy, znanego i cenionego na całym świecie muzyka, ale jednak kolegi po fachu, który, z tego co wiem, zaczął po studiach nawet praktykować, jednak wybrał zupełnie inną drogę – powiedział Wiesław Wawrzyniak, wiceprezes ORL WIL, przewodniczący Delegatury w Ostrowie Wielkopolskim.

ANNA GRZESIAK

Sala gimnastyczna zmieniła się w nowoczesny oddział szpitalny

Oddział Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych w Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu im. W. Degi UM w Poznaniu to jedyne miejsce w stolicy Wielkopolski, gdzie pacjenci z chorobami reumatologicznymi mogą liczyć na kompleksową pomoc. Otrzymują ją w miejscu, które jeszcze do niedawna było nieużytkowaną salą gimnastyczną.

Oddział Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych został utworzony w 2020 r. w wyniku połączenia dwóch innych – Oddziału Domek Szwedzki Reumatologiczno-Rehabilitacyjny oraz Oddziału Reumatologicznego – jednak dotychczas nie posiadał wspólnej siedziby i funkcjonował w odrębnych lokalizacjach. Na jego potrzeby zaadaptowana została stara sala gimnastyczna służąca kiedyś jako sala rehabilitacyjna. Obiekt został całkowicie zmodernizowany, przebudowany i dostosowany do potrzeb zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego. Prace remontowe objęły m.in. montaż przestronnej windy.

Nowo otwarta siedziba składa się z jednej izolatki oraz pięciu dwuosobowych sal, z których każda wyposażona jest w oddzielną łazienkę. Dodatkowo jest kuchnia dla pacjentów oraz przestrzeń dla personelu. W bezpośrednim sąsiedztwie oddziału znajduje się Dział Terapii Biologicznej z Ośrodkiem Badań Klinicznych. Dzięki temu osoby cierpiące z powodu schorzeń reumatologicznych mogą otrzymać kompleksową profesjonalną pomoc. To właśnie na leczenie biologiczne – obecnie najnowocześniejsze podejście do chorób układowych – ukierunkowana jest klinika. Chorzy poddawani terapii biologicznej nie muszą długo przebywać w szpitalu. Już po kilku godzinach mogą wrócić do swoich zwykłych zajęć, co znacząco wpływa na ich komfort życia.

Łączny koszt inwestycji wyniósł blisko 3 mln zł, większa część została sfinansowana przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, reszta ze środków własnych szpitala. Klinika Reumatologii, Rehabilitacji i Chorób Wewnętrznych



Fot. Zx Szpital im. W. Degi

jest jedyną kliniką reumatologiczną w Poznaniu. Stworzenie nowoczesnego, świadczącego wszechstronne usługi oddziału wydaje się szczególnie istotne, zważywszy na fakt, że choroby układowe są coraz powszechniejsze i dotyczą coraz młodszych ludzi.

Oddział zacznie przyjmować pacjentów już na początku października, jak tylko budynek przejdzie ostatnie kontrole techniczne.

JOANNA TYKARSKA



Autor
jubileuszowo
potrójony

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA
I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL
PAN KRZYSZTOF...*

Jesienna „nuda”

Jesienną przyroda zamiera, pozornie nic się nie dzieje. Tymczasem pod tym pozornym zamieraniem kryją się procesy mające dać efekty na wiosnę. Być może obecny rząd przyjął podobną strategię. A na razie, w sumie nuda...

Ciekawa sprawa, jak pokazują badania przeprowadzone w naszym kraju, blisko 50% społeczeństwa jest analfabetami funkcjonalnymi, czyli nie rozumie komunikatów które czyta bądź słyszy. Kolejne 30% rozumie tylko najprostsze teksty. Te dane pokrywają się z innym badaniem, w którym wykazano, że blisko 80% widzów nie rozumie wiadomości przekazywanych w dzienniku telewizyjnym. Co prawda te badania były przeprowadzane przed kilku laty, tak więc wyniki zapewne nie odzwierciedlają obecnej sytuacji, ale biorąc pod uwagę to, że społeczeństwo staje się coraz bardziej „obrazkowe”, to zapewne wyniki badania przeprowadzonego dzisiaj nie byłyby lepsze.

Zapewne wychodząc z tych założeń, Ministerstwo Zdrowia udaje, że rozmawia z protestującymi medykami, wysyłając ustami swoich prominentnych przedstawicieli komunikaty obrażające inteligencję osób ich słuchających. Niestety, dla ministerstwa, wśród medyków są najwyraźniej przedstawiciele tych pozostałych 20% społeczeństwa, które nie tylko rozumieją teksty, ale co gorsza potrafią je krytycznie analizować. W tym sporze strona rządowa eksponuje przede wszystkim jeden argument, informując, że państwa polskiego nie stać na spełnienie postulatów płacowych protestujących medyków, gdyż ich spełnienie kosztowałoby jeszcze w tym roku blisko 30 miliardów złotych, a w roku przyszłym ponad sto. Jednakże proszona o przedstawienie wyliczeń, na podstawie których uzyskała te liczby, przez wiele dni nie potrafiła/nie chciała tego uczynić. Gdy przekazała wyliczenia, komitet reprezentujący protestujących szybko wykazał, że dane te są najwyraźniej wzięte sufitu, gdyż z przedstawionych wyliczeń absolutnie to nie wynika, ponieważ są obarczone takimi błędami metodologicznymi, które po prostu je dyskwalifikują. Poza mówieniem o kosztach, strona rządowa nie przedstawiła do tej pory praktycznie żadnych propozycji dotyczących postulatów komitetu protestacyjnego, które nie ograniczają się tylko do kwestii płacowych. Otwarte pozostaje pytanie, dlaczego minister gra na zwłokę? Być może gdy Państwo będą czytać ten tekst, to będziemy już znali odpowiedź na to pytanie. Niestety podejrzewam, że nie będzie to nic dobrego, tym bardziej, że minister już całkiem otwarcie lekceważy jed-

ną grupę uczestników protestu, czyli lekarzy. Ostatnim akordem tego lekceważenia było ministerialne bredzenie o kształceniu lekarzy w wyższych szkołach zawodowych, czyli uczelniach kształcących co najwyżej magistrów i niemających prawa nadawania stopni naukowych. Być może w takich szkołach można kształcić takich niewydarzonych ekonomistów jak minister, ale lekarzy nie da się. Ale oczywiście jest to rodzaj groźby mającej zmieknąć odporne środowisko. Z drugiej strony ta absurdalna propozycja świadczy o tym, że ministerstwo, a w zasadzie cały rząd, nie ma żadnego realnego pomysłu na zwiększenie liczby lekarzy. Trudno bowiem uznać za taką ofertę kredyty na studia, dodatkowo obciążone skandalicznymi zasadami ich odpracowania, co miałyby skutkować w najlepszym razie ich umorzeniem, a w innych przypadkach redukcją kwoty do spłaty. Co ciekawe, kredyty te mieliby otrzymywać tylko studenci płatnych studiów „niestacjonarnych”, bowiem zwiększenie liczby kształconych lekarzy miałyby odbywać się właśnie tą drogą, a nie zwiększeniem liczby studentów studiów stacjonarnych, czyli teoretycznie bezpłatnych. Cały ten projekt ma jedną słabą stronę – kompletnie ignoruje fakt, że uczelnie i ich kliniki nie są z gumy i po prostu dla dodatkowych studentów może nie być fizycznie miejsca. Jest oczywiście sposób, by w tych samych warunkach lokalowych i kadrowych kształcić większą liczbę lekarzy „polskojęzycznych”, ale z bliżej niejasnych powodów ministerstwo nawet nie próbuje tego rozwiązania. Być może dlatego, że uczelniom medycznym, delikatnie mówiąc, to by się nie spodobało. Tym rozwiązaniem jest likwidacja studiów prowadzonych w innym języku niż język polski.

Nie wiem, czy zdają sobie Państwo sprawę, że od lat około 1/3 miejsc, które przypadają na studentów studiów stacjonarnych, przypada na studentów obcojęzycznych – w tym roku akademickim jest to 5479 miejsc do 1824. Dla studentów studiów niestacjonarnych, czyli płatnych, przewidziano 1736 miejsc, tj. o 88 mniej niż dla obcojęzycznych. Podobne proporcje dotyczą zresztą kształcenia dentystów. Oczywiście likwidacja tzw. „English division” wymagałaby rekompensaty finansowej dla uczelni, gdyż, nie czarujmy się, uczelnie kształcą cudzoziemców głównie z powodów finansowych, choć oczywiście oficjalny przekaz jest zupełnie inny. Ale być może wynika on także z powodów wymienionych na początku tego ścinka.

*KRZYSZTOF OŻEGOWSKI

W Ostrowie ponownie połała się krew

Liczby rosną z roku na rok. To już ponad 2360 litrów krwi zebranych od około 5040 krwiodawców, którzy od 16 lat bezinteresownie biorą udział w akcji „Oddaj krew z kablówką”, organizowanej przez Telewizję Proart z Ostrowa Wielkopolskiego przy wsparciu Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu oraz pod patronatem Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Akcja poboru krwi, która raz do roku organizowana jest przez Telewizję Proart, to bardzo duże przedsięwzięcie. W żadnym innym mieście w Polsce do tej pory nie udało się zebrać jednego dnia takiej ilości tej niezastępowalnej tkanki. Ostrowski rekord to 225 litrów krwi. Tyle udało się zebrać w 2011 r. Kolejne lata to wyniki bardzo zbliżone. W organizację akcji angażują się co roku cztery okoliczne stacje krwiodawstwa: z Ostrowa, Ostrzeszowa, Kalisza i Krotoszyna. Setki ludzi dobrej woli przychodzą, by poświęcić swój cenny czas i przede wszystkim przelać swoją krew do 450-mililitrowych woreczków.

Delegatura Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Ostrowie wspiera akcję niemalże od samego początku, promując wydarzenie, udzielając merytorycznego wsparcia w zakresie planowania akcji czy goszcząc przedstawicieli WIL jako rozmówców w czasie telewizyjnych transmisji, dzielących się wiedzą i poradami medycznymi.

Mimo rozwoju medycyny krew to jest najcenniejszy na świecie lek, którego nie da się wyprodukować w żadnym laboratorium, nie da się go zastąpić niczym innym, ratuje życie i jest bezcenna – podkreśla lek. dent. Wiesław Wawrzyniak, wiceprezes ORL WIL, przewodniczący ostrowskiej delegatury. *Kiedy już ponad 10 lat temu szefowie TV Proart zwrócili się do mnie z prośbą o wsparcie tego dużego przedsięwzięcia, nie zawahałem się ani przez chwilę, i tak współpraca w tym zakresie trwa do dziś. A oddana w Ostrowie krew trafia do chorych w całej Wielkopolsce* – dodaje.



W 2020 r. Telewizja Proart i RCKiK w Kaliszu zrezygnowały z organizacji przedsięwzięcia. Wirus SARS-CoV-2 stanowił zbyt duże niebezpieczeństwo dla krwiodawców i osób zaangażowanych w akcję. *Była to dla nas bardzo trudna decyzja. Zdecydowaliśmy jednak, że nie narazimy krwiodawców i dziesiątek osób z personelu medycznego na utratę zdrowia i życia. Dlatego w roku 2021 przepelnieni jesteśmy radością, że udało się zaprosić na 16. edycję akcji krwiodawców, którzy ani trochę nas nie zawiedli. Zmieniliśmy miejsce akcji z siedziby telewizji na Arenę Ostrów, by zagwarantować maksimum bezpieczeństwa naszym krwiodawcom, co zadziałało na bardzo duży plus* – mówi dyrektorka generalna Telewizji Proart Anna Kobielska-Okrój. Solidarność w czasie pandemii jest niezwykle istotna, także w zakresie honorowego dawstwa. W sezonie letnim banki krwi borykały się z dramatyczną sytuacją braku zapasów, które na szczęście są już stopniowo uzupełniane.

ANNA GRZESIAK

Wrzesień 2021 w izbie

- 01 września posiedzenie Komisji ds. Kształcenia Medycznego w formie on-line
- 01 września posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 01 września posiedzenie Komisji ds. Młodych Lekarzy w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 03 września posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy
- 03 września posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 03 września posiedzenie ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 04 września posiedzenie stacjonarne XLV Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Lekarzy WIL
- 04 września uroczystości 100-lecia powstania Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej
- 04 września kurs dla lekarzy dentyistów współorganizowany z firmą Poldent: Implantologia 2.9 mm. Trudne warunki anatomiczne, techniki regeneracji kości kontra uproszczone procedury chirurgiczne
- 07 września organizacja konferencji prasowej w WIL poświęconej sytuacji w ochronie zdrowia i postulatami komitetu strajkowego
- 11 września wyjazd przedstawicieli WIL na Protest Pracowników Ochrony Zdrowia do Warszawy
- 11 września wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 15 września posiedzenie Komisji Bioetycznej
- 18 września spotkanie dla lekarzy w ramach „Grupy Balinta”
- 21 września posiedzenie Komisji ds. Rejestru Lekarzy
- 21 września posiedzenie Prezydium ORL WIL w formie mieszanej, tj. z udziałem narzędzi zdalnej komunikacji audiowizualnej
- 24 września wynajem sal na spotkanie zewnętrzne
- 29 września posiedzenie Komisji Socjalnej
- 29 września webinarium dla lekarzy „Otyłość. Pandemia naszych czasów”
- środy spotkania Zespołu Kameralnego WIL
- wtorek, piątek spotkania Chóru WIL

**Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu
oraz Stowarzyszenie *Bono Serviamus*
serdecznie zapraszają
na **WIECZÓR ŚW. ŁUKASZA**
– tradycyjne spotkanie środowisk medycznych
który odbędzie się w dniu 18 października 2021 r. (poniedziałek)
o godz. 19:30 w Auli Nova Akademii Muzycznej w Poznaniu**



Wieczór Św. Łukasza
A.O. 1981

W programie m.in.:

Komeda i okolice, preludium fortepianowe w wykonaniu

Prof. dr hab. n. farm. Przemysława Mikołajczaka

Wykład Prof. Romana Słowińskiego pt. *Humanistyczne rozterki wobec sztucznej inteligencji*

W tonacji życia - recital Anny Lasoty i Macieja Pawlaka, przy fortepianie Jakub Kraszewski

Wyróżnienia Bono Servienti

Prosimy o zgłaszanie obecności

do dnia 10 października br. pod nr tel. 61 854 92 18

lub mailowo na adres: marketing@skpp.edu.pl

Wspomnienie o Krzysztofie Bayerze

29 maja 2021 r. odszedł lekarz Krzysztof Bayer. Urodzony 4 czerwca 1930 r. w Poznaniu, absolwent Poznańskiej Akademii Medycznej, specjalista chorób wewnętrznych. Od 1954 r. był związany ze szpitalem w Gostyniu, w którym od 1961 do 1996 r. pełnił obowiązki ordynatora Oddziału Wewnętrznego.

Był LEKARZEM przez duże „L”. Przede wszystkim w swej pracy zawodowej nigdy nie zapominał o tym, że jest człowiekiem. By go opisać, można sięgnąć po cytaty chińskiego filozofa:

Człowiek mądry nie eksponuje swej osoby, dlatego jaśnieje.

Nie perswaduje, dlatego jest przekonujący.

Nie wywyższa się, dlatego przewodzi.

Z nikim nie walczy, dlatego nie można go pokonać.



Laozi

Jednak oddaje to zaledwie zarys jego postaci.

Krzysztof Bayer był człowiekiem niesamowicie oddanym swojej pracy. Lekarzem, który odbierał telefon o każdej porze dnia i nocy. Bliskość do szpitala zadecydowała nawet o wyborze miejsca zamieszkania rodziny Bayerów. Nie pełniąc dyżuru, czuwał nad pacjentami gostyńskiego szpitala. Kiedyś wysłano karetkę pogotowia, by dr Bayer zinterpretował EKG. Wykres odebrała żona doktora, szybko wrócił do szpitala z opisem i... rozmażanym tuszem, ponieważ doktor opisywał badanie, będąc w wannie!

Charakteryzowała go wysoka kultura osobista. Zawsze witał się poprzez podanie dłoni, wypowiadając słowa „Dzień dobry Kolego, dzień dobry Koleżanko”. Nigdy się nie wywyższał. Cieszył się szacunkiem współpracowników, jednak autorytet swój budował niepo-

strzeżenie, mimochodem. Stawiał na sumienność i rzetelność, wymagając od personelu systematycznego wypełniania dokumentacji medycznej. Kiedyś pozostawiłam tę czynność na następny dzień, a rano spostrzegłam, że dokumentację uzupełnił doktor Bayer, nie zwracając mi w ogóle uwagi. Była to dla mnie najlepsza lekcja i najgorsza kara zarazem. Nie prowokował sporów, miał dar ich łagodzenia, co w pracy ordynatora miało nieocenioną wartość. Żywo angażował się w naukę młodych lekarzy, odpytując ich przed egzaminami, jednak nie stwarzając przy tym atmosfery grozy.

Dziś powiedzielibyśmy, że potrafił być mistrzem ciętej riposty. Ciętej, ale zawsze grzecznej. Pewnego dnia podczas wizyty zapytał bardzo egzaltowaną i przewrażliwioną pacjentkę z zaburzeniami jelitowymi, ile razy się w nocy wypróżniała.

– Och, Panie Doktorze, tego się nie da zliczyć! – odpowiedziała.

– A do ilu Pani liczy? – kontynuował doktor.

8 kwietnia 1961 r. został wezwany na Świętą Górę do księdza kardynała Stefana Wyszyńskiego, który zachorował w czasie pobytu w Gostyniu. „Jechałem z pewną treścią, bo dostojny pacjent był przecież wybitną osobowością, był Prymasem Polski, mężem stanu i autorytetem moralnym” – opisywał po latach w lokalnej prasie. Ów dostojny pacjent wysłał potem do doktora list z podziękowaniem za leczenie i z błogosławieństwem:

*Dobremu Panu Doktorowi
składam słowa serdecznej podziękującej
za okazaną mi wysoce skuteczną,
troskliwą i taktowną pomoc*

*w czasie mojej niedyspozycji.
Polecam dobre prace lekarskie Pana Doktora
opiece Boskiego Lekarza, Jezusa Chrystusa
i udzielam Panu i Jego Rodzinie
wdzięczny sercem błogosławieństwa.*

Prywatnie był szczęśliwym i oddanym mężem, ojcem, dziadkiem i pradiadkiem. Do zaleceń lekarskich, które dawał swoim pacjentom odnośnie do rzucenia palenia papierosów, nie stosował się wcale – palił od 16. roku

życia prawie do samego końca. Interesował się historią, dużo podróżował, kolekcjonował znaczki pocztowe. Zmarł w Gostyniu w wieku 91 lat.

Dziś, w imieniu swoim oraz gostyńskich kolegów i koleżanek po fachu, żegnam Cię, Panie Doktorze, choć chciałabym powiedzieć: „Do zobaczenia Kolego”, bo ludzi Pańskiego formatu coraz trudniej napotkać.

LEK. MED. MAGDALENA KURNATOWSKA

Wspomnienie o Annie Parowicz-Stadniczenko

28 lipca 2021 r. pożegnaliśmy na cmentarzu parafialnym w Wągrowcu dr Annę Parowicz-Stadniczenko, wspaniałego człowieka i cenionego pediatrę.

Dr Anna Parowicz-Stadniczenko urodziła się 28 stycznia 1939 r. w Smogulcu jako najmłodsze z sześciorga dzieci Janiny z Turskich i Józefa Parowiczów. Jej ojciec był leśniczym w posiadłości hrabiego Bogdana Hutten-Czapskiego.

W 1949 r. zamieszkała z rodzicami w Wągrowcu. Tutaj kontynuowała naukę w szkole podstawowej, a następnie w liceum ogólnokształcącym. Po egzaminie maturalnym, złożonym w 1956 r., zmuszona była podjąć pracę ze względu na trudną sytuację finansową. W 1957 r. rozpoczęła wymarzone studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. W tym okresie wspomagał ją materialnie jej brat lekarz, Jan Parowicz. Dyplom uzyskała w 1964 r.

Tuż po studiach rozpoczęła pracę na Oddziale Pediatrycznym w Szpitalu Powiatowym w Wągrowcu. Specjalizację uzyskała w 1969 r. Wiedzę z zakresu pediatrii pogłębiała na kursach doskonalących w dziedzinie pulmonologii i hematologii, a po odbyciu szkoleń z transfuzjologii i krwiodawstwa w 1977 r. objęła stanowisko kierownika punktu krwiodawstwa w szpitalu wągrowieckim. Pracowała ponadto w poradni pediatrycznej



i w pogotowiu ratunkowym. W 1998 r. przeszła na emeryturę i aż do 2019 r. pracowała w punkcie krwiodawstwa w ramach prac zleconych.

Od 2000 r. przez wiele lat pracowała ponadto w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

W ramach swojej działalności w wągrowieckim PCK była członkiem kapituły przyznającej odznaczenia honorowym krwiodawcom. Za swoje zasługi w zakresie honorowego dawstwa krwi i szpiku oraz za działalność na rzecz Polskiego Czerwonego Krzyża została wyróżniona przez Burmistrza Wągrowca miejskim medalem wybitym z okazji 100-lecia odzyskania przez Polskę niepodległości i wybuchu powstania wielkopolskiego. Za zasługi dla rozwoju powiatu wągrowieckiego zarząd powiatu przyznał jej „Nagrodę Herbu Powiatu Wągrowieckiego”.

Dr Anna Parowicz-Stadniczenko bardzo kochała swój zawód, nigdy nie odmawiała pomocy chorym dzieciom i udzielała wsparcia strapiionym rodzicom. Z okazji 50. rocznicy ukończenia studiów otrzymała odznakę „Złotego Eskulapa”.

Była wspaniałą żoną, bardzo troskliwą matką i ukochaną babcią. Miała licznych przyjaciół. Mieliśmy przyjemność – i to już od czasu studiów – zaliczać się do tego grona.

ANNA I MACIEJ DZIECIUCHOWICZOWIE

Z wielkim smutkiem i żalem
przyjęliśmy wiadomość o śmierci w wieku 95 lat
dr n. med. **Moniki Znamierowskiej-Kozik**

wielce zasłużonej Zastępczyni Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej WIL I kadencji oraz członkini
Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL III i IV kadencji
Cześć Jej pamięci

**Wyrazy głębokiego współczucia
Rodzinie i Bliskim**

w imieniu Kolegów i Koleżanek WIL oraz Zespołu
Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL
składają

Artur de Rosier – Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL
oraz prof. Jerzy Sowiński – Przewodniczący
Okręgowego Sądu Lekarskiego WIL

Z głębokim żalem i smutkiem informujemy,
że odeszła od nas nasza Koleżanka
lek. **Irena Straburzyńska-Czemplik**

Specjalista Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Pani Doktor po wojnie była pionierem i założycielem
Ostrowskiej Radiologii. To jej zawdzięczamy to,
co dzisiaj jest kontynuowane w radiologii.
Żegnamy skromną, wspaniałą Koleżankę,
która na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Rodzinie i Bliskim

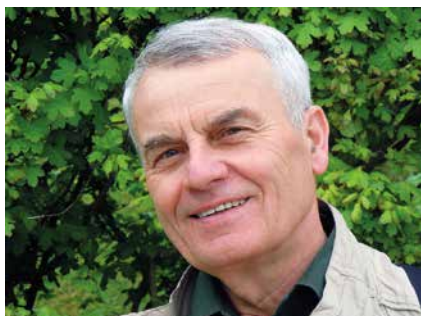
składamy szczerze wyrazy współczucia

W imieniu Koleżanek i Kolegów z Delegatury WIL
w Ostrowie Wlkp.

Wyrazy głębokiego współczucia składa
lek. dent. Wiesław Wawrzyniak
Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej WIL

Wiersze

RYSZARD KRAWIEC



JESIENNY KRASNOLUDEK

Minął wrzesień,
Jesień już idzie wielkimi krokami,
Z nią październik – miesiąc senny.
W moim ogrodzie między selerami
Krasnoludek przysiadł jesienny.

Markotny jakiś, osowiały...
Czując, że sprawa nie prosta,
Pytam: czyż Królowa Śnieżka
Do innej bajki się przeniosła?
Może już z Panem nie mieszka?

Z nami w porządku, powiada,
Ale martwię się, bo etyka, kultura,
Pojęcie dobra się zmienia. Składa-
ją się na to prasa i telewizja, która
Pastuchem jest ludzkiego stada.

Elektronicznym. Nie dają rady.
Drażni mnie inflacja pojęć i słów,
Tolerancja jakaś taka rozbuchana,
Która stała się córą relatywizmu!
Zanika poczucie zła, proszę Pana...

I jest przyzwolenie na to.
Błudniertwa nazywa się instalacjami,
Krasnoludka-emeryta fiskusem dręczą,
Do ładu nie można dojść z politykami!
Cynizm, obłuda, kłopoty z jakąś tęczą...

Ja jestem z innej bajki,
Gdzie zwyciężały dobro i prawość,
I więcej od złota cenne było słowo.
Dziś jedynie pieniądź ma wartość,
Kręctwo. Nie widzę tego różowo...

Pozostaję, ale nie dam się przekupić!
Ciekawe, czy mądrym zakażą myśleć,
Aby nie obrażać głupich?



BIULETYN INFORMACYJNY WYDAWANY PRZEZ RADĘ OKRĘGOWĄ WIL W POZNANIU

ISSN 1233-2216 Nakład 14 000 egz.



Konto WIL: PKO BP SA 4. Oddział w Poznaniu
45 1020 4027 0000 1102 0404 3501

Kolegium redakcyjne Biuletynu Informacyjnego WIL
redaktor naczelny: Andrzej Baszkowski
członkowie redakcji: Krzysztof Ożegowski, Dariusz Tuleja, Andrzej Piechocki, Przemysław Ciupka

Na zlecenie WIL wydany przez

TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne, ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 822 77 81, e-mail: termedia@termedia.pl
<http://www.termedia.pl>

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów w nadesłanych tekstach.
Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca.



SPRZEDAM PORADNIĘ STOMATOLOGICZNĄ

pow. 220 m²., 4 gabinety, budynek towarzyszący
Bardzo duża baza pacjentów
Na rynku od 20 lat. Parking
Kontakt tel.: 507-046-500

SPRZEDAM PORADNIĘ STOMATOLOGICZNĄ

pow. 100 m²., 2 gabinety
Duża baza pacjentów
Na rynku od 15 lat. Parking
Kontakt tel.: 507-046-500

**PRZYCHODNIA LEKARSKA „MEDICUS” W SZAMOTUŁACH
PRZYJMIE DO PRACY LEKARZY:**

- medycyny rodzinnej i internistę
- oraz lekarzy w trakcie specjalizacji

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia
tel. 602 137 296; 604 421 363

NZOZ W CENTRUM POZNANIA ZATRUDNI SPECJALISTÓW Z:

**PEDIATRII, KARDIOLOGII, ENDOKRYNOLOGII, OKULISTYKI,
MEDYCYNY PRACY, CHIRURGII, GINEKOLOGII I INNYCH
CHCĄCYCH PRAKTYKOWAĆ PRYWATNIE**

Tel. 62 508 16 66. PROSZĘ DZWOŃNIĆ PO 18:00.

NZPOZ MED-LAMP Sp. z o.o.**ZATRUDNI LEKARZA** medycyny rodzinnej
internistę w trakcie specjalizacji

Warunki finansowe i formy zatrudnienia do uzgodnienia
Tel.: 509 517 208

**EPALS – ZAAWANSOWANE ZABIEGI
RESUSCYTACYJNE U DZIECI**

27-28 listopada 2021

Centrum Konferencyjne EDU WIL, ul. Szyperska 14, piętro 6, wejście E
Zapisy do 29 października 2021

- ✓ 12 punktów edukacyjnych
- ✓ certyfikat ważny w Unii Europejskiej
- ✓ nacisk na umiejętności praktyczne

Szczegółowe informacje na stronie:
wil.org.pl/kursy-ratownictwa/

**NZOZ W PLESZEWIE PRZYJMIE DO PRACY
LEKARZA BEZ SPECJALIZACJI LUB W TRAKCIE
Z CHORÓB WEWNĘTRZNYCH,
MEDYCYNY RODZINNEJ LUB PEDIATRII.**

MOŻLIWOŚĆ MIESZKANIA. TEL. 512 533 813
PROSZĘ DZWOŃNIĆ PO 18:00

Nowoczesna
Przychodnia POZ
w Grodzisku Wilk.
nawiąże współpracę
z **PEDIATRĄ**
lub **LEKARZEM**
w trakcie specjalizacji
Proponujemy
bardzo atrakcyjne
wynagrodzenie
oraz ew. mieszkanie
Tel.: 698-667-977



PL CERTUS
Centrum Medyczne nr 5
w Swarzędzu
zatrudni
STOMATOLOGA

Prosimy o kontakt
pod nr telefonu
882 365 059
e-mail: [grazyna.skarupa-
szablowska@certus.med.pl](mailto:grazyna.skarupa-szablowska@certus.med.pl)

**PRACA DLA LEKARZA DENTYSTY-LESZNO**

Nowoczesny, rozwijający się 2-stanowiskowy gabinet
stomatologiczny **STOMATOLOGIA BŁACHOWIAK**
zatrudni **LEKARZA DENTYSTĘ** od zaraz
na min. 2-3 dni w tygodniu (godz. pracy do uzgodnienia).
Możliwa praca na pełen etat. Duża baza pacjentów,
tylko prywatnych. Praca z asystą na 4 ręce.

Kontakt: 515 249 630 – Karolina Błachowiak
CV na adres: stomatologiablachowiak@gmail.com
www.stomatologia-blachowiak.pl

**KURSY JĘZYKOWE**

angielski | niemiecki | norweski | polski jako język obcy



- Zajęcia online lub stacjonarnie w Poznaniu lub Pile
- Kursy indywidualne lub w małych grupach
- Poziomy zaawansowania od A1 do C2
- Specjalistyczne kursy medyczne, przygotowanie do egzaminu, kursy konwersacyjne
- Punkty edukacyjne i preferencyjne ceny dla Członków WIL

Szczegółowe informacje na stronie:
wil.org.pl/kursy-jezykowe/



V KONGRES

WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

13-14 PAŹDZIERNIKA 2021 R.

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

14 PAŹDZIERNIKA 2021 R.



WAWDERM 2021 IV WARSZAWSKIE DNI DERMATOLOGICZNE

ONLINE | 14-16 PAŹDZIERNIKA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



11th WORLD CONGRESS ON ITCH (WCI)

VIRTUAL

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR



VIII KONFERENCJA

FLEBOLOGIA ESTETYCZNA

ONLINE / 22-23 PAŹDZIERNIKA 2021

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ
ZESKANUJ KOD QR

