

TV (3)

Polsat11.07.22 08:06:48

tytuł programu: Nowy Dzień

temat: Rozmowa z Pawłem Doczekalskim

MATERIAŁ

TVN2408.07.22 12:01:09

tytuł programu: Konferencja

temat: Konferencja Adama Niedzielskiego

MATERIAŁ

Wydarzenia 2409.07.22 19:25:30

tytuł programu: Wydarzenia

temat: Sytuacja epidemiczna w Europie

MATERIAŁ

RADIO (2)

PR Katowice08.07.22 14:03:25

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Akcja "Silni razem"

MATERIAŁ

PR Wrocław10.07.22 10:01:45

tytuł audycji: Wiadomości

temat: Gabinet Hanny i Ludwika Hirszfeldów

MATERIAŁ

NAUKA

Newsweek

CO DALEJ Z PANDEMIA

COVID NIE ODPUSZCZA NAWET LATEM

**Zapomnieliśmy o pandemii,
ale koronawirus zaczyna pojawiać się
w miesiącach, kiedy nie powinno go być**

TEKST DOROTA ROMANOWSKA

W Niemczech w ostatnim tygodniu czerwca zanotowano 700 tys. zakażeń, we Włoszech – 450 tys., we Francji – 650 tys. – W porównaniu z wcześniejszym tygodniem wzrosty wynoszą nawet kilkadziesiąt procent. Sytuacja jest dynamiczna. Pojawiły się nowe warianty i to one powodują wyraźne wzrosty nie tylko zakażeń i zachorowań na COVID-19, ale także zgonów – mówił dr Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Izby Lekarskiej ds. walki z COVID-19, podczas webinarium Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa. W Niemczech w ostatnim tygodniu czerwca na COVID-19 zmarło ponad 500 osób, we Włoszech – prawie 400, we Francji – 300.

FOT. NOPARTY/STOCKPHOTO/GETTY IMAGES



BEZCENNE ŚCIEKI

W POLSCE, WEDŁUG OFICJALNYCH DANYCH, SARS-CoV-2 praktycznie nie istnieje. Od 30 czerwca do 6 lipca zanotowano niewiele ponad 4 tys. zakażeń koronawirusem. We wcześniejszym raporcie Ministerstwo Zdrowia informowało o prawie 2,5 tys. infekcji w tygodniu. – Analiza zawartości ścieków, którą prowadzimy od października ubiegłego roku, pokazuje jednak, że tak wcale nie jest. Od trzech tygodni systematycznie rośnie ilość RNA koronawirusa. To oznacza, że coraz więcej osób jest zakażonych i że epidemia u nas się rozwija. Obecnie nie jesteśmy jednak w stanie precyzyjnie odpowiedzieć, jak zawartość RNA wirusa SARS-CoV-2 przekłada się na liczbę osób zakażonych. Szacujemy, że w Polsce jest co najmniej dziesięć razy więcej osób zakażonych koronawirusem, niż podaje Ministerstwo Zdrowia – mówi dr Paweł Zmora, wirusolog z Zakładu Wirusologii Molekularnej w Instytucie Chemii Bioorganicznej PAN w Poznaniu, jeden z autorów badania.

Badania ścieków pokazują, jak bardzo dane dotyczące liczby zakażonych są niedoszacowane. Zdaniem ekspertów powodem tego jest przede wszystkim mała liczba testów na obecność SARS-CoV-2. Obecnie wykonujemy ich zaledwie od 1 tys. do 5 tys. dziennie, podczas gdy w Niemczech milion. Dramatycznie małą liczbę testów można tłumaczyć zmianami w przepisach, w wyniku których testy na COVID-19 przestały być powszechne. Obecnie skierowanie na test PCR wykrywający SARS-CoV-2 musi wystawić lekarz pierwszego kontaktu, a nie jak było jeszcze wiosną tego roku, że każdy, kto miał objawy typowe dla COVID-19 lub kontaktował się z osobą zakażoną, mógł sam bez skierowania zgłosić się na badanie.

Problemem są też testy kasetkowe do samodzielnego użycia. Dr Zmora uważa, że należałoby je wycofać ze sklepów i aptek. – Wynik takiego testu nie jest nigdzie zgłaszany. Nie ma takiego obowiązku. Zafałszowuje to obraz pandemii. Usypia czujność, bo wydaje nam się, że koronawirusa praktycznie u nas nie ma – mówi dr Zmora i dodaje, że testy te nie zawsze są prawidłowo wykonywane. – Wystarczy zakropić do nosa popularne preparaty na katar, aby wynik był fałszywie negatywny. Część testów będzie dawać wyniki fałszywie negatywne, jeśli pół godziny przed testem zapalimy papierosa. Nie wykryjemy też żadnego wirusa, gdy umyjemy zęby kilka minut przed wykonaniem testu – mówi dr Zmora.

Jest jeszcze jeden powód, dla którego należałoby wycofać testy kasetkowe. – Wykrywają one głównie fragmenty białka kolca. To oznacza, że gdy pojawiają się nowe warianty SARS-CoV-2, testy kasetkowe tracą skuteczność. Wykazano, że w stosunku do omikronu mają one skuteczność 20-50 proc. Większość tych testów może zatem dawać wynik negatywny u osób, które zostały zakażone wariantem omikron – mówi dr Zmora.

Powszechne testowanie przez specjalistów pozwoliłoby nie tylko mieć kontrolę nad pandemią – dostarczałoby informacji, gdzie ludzie chorują, w których powiatach fala przybiera, a w których się cofa, i jakie osoby (wiek, stan zaszczepienia etc.) ulegają za-

każeniu. Sprawny system testowania jest także niezbędny, aby można było leczyć osoby chore na COVID-19. W Unii Europejskiej został zarejestrowany lek w postaci tabletek, który pacjent może stosować w domu, ale pod warunkiem że zakażenie koronawirusem zostanie rozpoznane w ciągu pięciu dni od wystąpienia pierwszych objawów. – Lek można podać tylko osobie o udowodnionym zakażeniu SARS-CoV-2, czyli ta osoba musi mieć wykonany test – podkreślał prof. Krzysztof Filipiak, kardiolog, rektor UM MSC w Warszawie, podczas spotkania, na którym grupa ekspertów prezentowała raport „Ścieżka terapeutyczno-diagnostyczną pacjenta z COVID-19”.

Obraz pandemii w naszym kraju jest zafałszowany także z powodu braku informacji o zakażeniach SARS-CoV-2 w szpitalach. – Od 1 czerwca tego roku w szpitalach przestał obowiązywać dotychczasowy program, który dawał możliwości wpisywania wyników testów na obecność koronawirusa. Wprowadzono nowy system, ale nie działa tak, jak powinien. Mamy trudności w logowaniu się. Efekt tego jest taki, że nie możemy wprowadzić do systemu części informacji o osobach zakażonych – mówi dr Agnieszka Sulikowska, szefowa zespołów ds. kontroli zakażeń szpitalnych w dwóch warszawskich placówkach oraz lekarz na oddziale obserwacyjno-zakaźnym szpitala w Hajnówce, członkini Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa.

UCIEKAJĄCE PODWARIANTY

POZNAŃSCY NAUKOWCY nie sprawdzają, który wariant dominuje obecnie w ściekach. Dofinansowanie na tego typu badania zostało ograniczone. – Ale możemy przypuszczać, że jest podobnie jak w całej Europie i także u nas dominują podwarianty omikronu BA4 i BA5 – mówi dr Zmora.

Znacznie się one różnią od BA1 i BA2, które dominowały na początku tego roku. – Mają kluczowe zmiany w białku kolca, dzięki czemu wirus jeszcze skuteczniej i łatwiej przywiązuje się do receptora, łatwiej wnika do naszych komórek i skuteczniej się namnaża – tłumaczy dr Zmora. – Nie namnaża się na samym końcu układu oddechowego, czyli w pęcherzykach płucnych, ale preferuje także wyższe jego partie. A zatem droga, jaką wirus musi pokonać, aby zarazić drugą osobę, jest zdecydowanie krótsza niż w przypadku delty. To prawdopodobnie jest jedna z przyczyn, dla których omikron jest bardziej zakaźny.

Obecnie dominujące podwarianty BA4 i BA5 mogą być nawet dwa razy bardziej zakaźne niż BA1 i BA2. – BA1 miał współczynnik zakaźności 13, co oznacza, że jedna zakażona osoba mogła zarażać do 13 ludzi. Obecnie tempo zakażeń jest dwa razy szybsze – dodaje dr Zmora.

Nowe podwarianty budzą niepokój, bo wymykają się naszej odporności. – Niektóre przeciwciała, które wytwarzamy pod wpływem szczepionki, są nieskuteczne wobec aktualnie dominujących wariantów. Nieskutecznie neutralizują wirusa. Na szczęście produkujemy całą paletę przeciwciał, a zatem po zaszczepieniu powinniśmy być chronieni przed ciężkim przebiegiem COVID-19

**ZAKAŻONY
OBECNIE
DOMINUJĄCYM
PODWARIANTEM
BA4 I BA5
MOŻE ZARAZIĆ
DO 26 LUDZI**

i hospitalizacją, nawet jeśli zostaniemy zakażeni podwariantami BA4 i BA5 – uspokaja dr Zmora.

SZCZEPIONKI REGLAMENTOWANE

MAŁEJĄCA SKUTECZNOŚĆ SZCZEPIONEK wynika m.in. stąd, że stosowane obecnie specyfiki zostały zaprojektowane tak, aby atakować wirusa, który po raz pierwszy pojawił się w Wuhan w Chinach ponad dwa lata temu. Zachowują wysoką ochronę przed ciężkim przebiegiem COVID-19 i hospitalizacją, ale ich skuteczność w walce z rozprzestrzenianiem się wirusa i infekcjami szybko słabnie, zwłaszcza w przypadku omikronu. Ofiarą omikronu stał się dr Anthony Fauci, główny doradca prezydenta Bidena ds. pandemii, który w połowie czerwca uzyskał pozytywny wynik testu. Infekcja zaczęła się od drapania w gardle, ale dr Fauci nie czuł się chory. Po kilku dniach miał niewielką gorączkę, bóle, katar i łagodny kaszel. Niewiele brakowało, a byłby hospitalizowany. Dr Fauci ma 81 lat, co jest istotnym czynnikiem ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Ochroniły go bez wątpienia szczepienia – przyjął dawki podstawowe i dwie przypominające oraz doustny lek, który złagodził objawy COVID-19.

Fauci nie jest wyjątkiem. – U osób powyżej 60. roku życia poziom przeciwciał nawet po trzeciej dawce szczepionki drastycznie spada w porównaniu z ludźmi młodszymi, którzy są w pełni sił – mówi dr Zmora. Jego zdaniem osoby te powinny mieć możliwość przyjęcia drugiej dawki przypominającej. To samo powinno dotyczyć osób z zaburzoną odpornością. Na razie w Polsce drugą dawkę przypominającą mogą przyjąć jedynie osoby powyżej 80. roku życia. Od 10 czerwca mogą ją przyjmować także osoby z zaburzoną odpornością, ale o tym musi zdecydować lekarz. Skierowanie nie pojawia się zatem na stronie e-pacjenta, jak było dotychczas, lecz osoba z zaburzoną odpornością musi skontaktować się z lekarzem prowadzącym, co znacznie ogranicza dostęp do szczepienia.

Problem z malejącą odpornością dotyczy także ozdrowieńców. – Przebieg zakażenia omikronem jest zazwyczaj łagodny. Powoduje to jednak, że nasz układ odpornościowy nie bierze na serio zakażenia. Po przechorowaniu produkujemy zbyt mało przeciwciał, które ponadto stosunkowo szybko zanikają, co nie pozwala skutecznie chronić się przed kolejną infekcją. Stąd możliwość ponownego zakażenia nawet w obrębie jednego wariantu genetycznego. Jak to jest w przypadku omikronu – tłumaczy dr Zmora. Jeśli zatem ktoś przechorował COVID-19 kilka miesięcy temu w wyniku zakażenia podwariantem omikronu BA1, to może zachorować lub być zakażony podwariantem BA4 lub BA5.

Potwierdza to badanie, które zostało przeprowadzone na 700 brytyjskich pracownikach służby zdrowia przez zespół Imperial College London, a którego wyniki opublikowano w zeszłym miesiącu w czasopiśmie naukowym „Science”. Wykazało ono, że infekcja omikronem miała niewielki wpływ na wzmocnienie jakiegokolwiek części układu odpornościowego – przeciwciał, komórek B lub limfocytów T – wśród ludzi, którzy mieli kontakt z wcześniejszymi wariantami SARS-CoV-2. Z dotychczasowych obserwacji wynika, że do reinfekcji dochodzi u prawie co trzeciego ozdrowieńca.

Naukowcy pracują nad drugą generacją szczepionek przeciwko COVID-19. Nowe specyfiki nie będą zawierały jednego fragmentu genomu SARS-CoV-2, lecz kilka różnych sekwencji – np. sekwencji białka kolca charakterystyczne dla wariantów alfa, delta i omikron. – Dzięki temu będziemy produkowali jeszcze szerszy panel przeciwciał, które powinny nas chronić przed nowymi wariantami – uważa dr Zmora.

Prace nad pierwszą taką szczepionką kończy firma Moderna, o czym poinformowała w ubiegłym miesiącu. Nowy preparat zawiera fragmenty wyjściowego wirusa SARS-CoV-2 (wchodzącego w skład dostępnej szczepionki) oraz fragmenty typowe dla wariantu omikron. Będzie to szczepionka dwuwalentna. Jeśli badania kliniczne wypadną obiecująco i szczepionka przejdzie pozytywną weryfikację przez urzędy rejestrujące produkty medyczne, to powinna być dostępna jesienią tego roku jako kolejna dawka przypominająca.

Na razie wobec rosnącej liczby zakażeń nie pozostaje nam nic innego, jak zachowywać dystans i nosić maseczki. – Maseczki powinny obowiązywać nie tylko w przychodniach, szpitalach i aptekach, jak to jest nakazane przez obecnie obowiązujące rozporządzenie, ale także w środkach transportu publicznego czy w sklepach – uważa dr Zmora. – Kilka razy poszedłem do apteki i byłem jedyną osobą w maseczce. Nawet farmaceuci przestali je nosić.

Pacjenci nie chcą nosić maseczek także w przychodniach i szpitalach. Twierdzą, że są szkodliwe dla zdrowia, a oni przez parę minut nie zarażą się koronawirusem. – Już kilka minut wystarczy, aby doszło do zakażenia. Nośmy maski w szpitalach i przychodniach, bo tam przebywają ludzie słabsi, bardziej podatni na zakażenia. Pamiętajmy też o dystansie i maskach tam, gdzie jest tłok, np. w środkach transportu – prosi dr Sulikowska.

NIESTRASZNY UPAŁ

– MAMY TROPIKALNE UPAŁY, a koronawirus postępuje. Letnia fala wcale nie jest słaba. Nic nie wskazuje zatem na to, aby wirus był sezonowy – uważa dr Grzesiowski.

Innego zdania jest dr Zmora. – W naszych warunkach klimatycznych jest to choroba związana z sezonem jesienno-zimowym. Ale aby tak było, musimy trzymać się pewnych reguł, które zapobiegną rozprzestrzenianiu się wirusa. Tymczasem w Europie zapomnieliśmy o pandemii. Wszyscy tłumnie ruszyliśmy na imprezy, zrzuciliśmy maseczki w komunikacji publicznej, przestaliśmy zachowywać dystans społeczny. COVID-19 zaczyna pojawiać się w miesiącach, kiedy nie powinno go być. Tak było w zeszłym roku w Portugalii, gdzie sezon covidowy zaczął się na przełomie lipca i sierpnia, gdy Portugalczycy zaczęli tłumnie się spotykać i gdy zaczęto znosić obostrzenia pandemiczne. Podobnie jest w tym roku w całej Europie Zachodniej – mówi dr Zmora. W Europie Środkowo-Wschodniej jest nieco lepiej, bo ludzie spotykają się w mniejszym gronie i trzymają większy dystans, nie obejmują się. Tak zachowują się przede wszystkim osoby starsze, które cały czas boją się covidu. I to one najczęściej noszą maseczki i próbują utrzymać dystans. Reszta ma wakacje od wirusa. ■

dorota.romanowska@newsweek.pl

Covidowe przyspieszenie

Czwarta dawka szczepionki dla wszystkich, powrót maszeczek, przywrócenie niektórych ograniczeń przy dużej liczbie hospitalizacji – to działania rozważane przy nowej fali COVID-19. Liczba przypadków rośnie: średnia tygodniowa niemal do końca czerwca wynosiła ok. 200, w sobotę przekroczyła 800. Wiele zachorowań nie jest odnotowywanych w systemie, bo większość testów Polacy robią prywatnie. O wzroście może więc świadczyć popyt na testy sprzedawane w aptekach – 3 lipca tygodniowa sprzedaż była o 139 proc. wyższa niż tydzień wcześniej. W sumie sprzedano 126 tys. testów (dane od 6 czerwca do 3 lipca). Sytuacja pogarsza się w wielu państwach europejskich. Przykładem jest Francja, w której średnia tygodniowa wykrywanych przypadków COVID-19 wzrosła obecnie do 112 tys. – na początku czerwca wynosiła niecałe 20 tys. Minister zdrowia Adam Niedzielski podał niedawno, że istnieją szacunki mówiące nawet o 30 tys. hospitalizacji jesienią w Polsce. Bardziej prawdopodobny scenariusz zakłada jednak, że będzie dużo zakażeń, ale mało przypadków ciężkich. Minister zapowiedział, że ewentualne kroki restrykcyjne będą podejmowane po przekroczeniu 5 tys. hospitalizacji, obecnie to niecałe 500. Według Niedzielskiego wiele wskazuje na to, że od września będą dla wszystkich dostępne czwarte dawki szczepionek (teraz są dla wybranych grup). A preparaty będą dostosowane do nowych wariantów koronawirusa. ©

Klara Klinger

KRAJ

Wzbiera kolejna fala koronawirusa

W Europie mamy setki tysięcy przypadków tygodniowo, w Polsce notuje się zaledwie kilkaset zachorowań. Cud

Anna Stachowiak

W Szanghaju już trzy tygodnie temu zaczęło się masowe testowanie, nad chińskimi miastami zawisło widmo twardych lockdownów, a Europa znowu choruje na COVID. Liczba nowych zachorowań rośnie. W Niemczech w ostatnich siedmiu dniach odnotowano 625 tys. nowych przypadków koronawirusa, we Francji – prawie 833 tys., we Włoszech prawie 600 tys. W zestawieniu tydzień do tygodnia liczby te oznaczają we Francji i Włoszech wzrost liczby zachorowań o ponad 50%. Jak podaje brytyjski Office for National Statistics (ONS), w Wielkiej Brytanii od początku czerwca liczba zakażeń zaczęła co tydzień rosnać o 30%. „W całym Zjednoczonym Królestwie obserwujemy trwały wzrost liczby przypadków na poziomie około pół miliona, najprawdopodobniej spowodowany rozprzestrzenianiem się odmian BA.4 i BA.5”, mówiła w rozmowie z mediami Sarah Crofts, badaczka ONS.



W Niemczech w ostatnich dniach odnotowano 625 tys. nowych przypadków koronawirusa.

jakby nasze granice miały magiczną moc, która uszczelnia układy immunologiczne mieszkających tu ludzi. Albo jakby zagrożenie kolejną falą pandemii było ignorowane – jak

Kołat-Brodecka. Eksperci omawiali krajowe dane epidemiczne, które na tle europejskich i ze świata muszą budzić zdumienie. „Widać, jak bardzo jesteśmy niedoszacowani”, mówił prowadzący spotkanie dr Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. walki z COVID-19. Dodatkowo zawodzi system IT, który ma monitorować zagrożenie epidemią w kraju, tzw. EWP. Jak mówią lekarze, od miesiąca system praktycznie nie działa, bo wdrażany jest nowy program. „Przez miesiąc szpitale, które nie działają w aplikacji gabinet.gov.pl, nie mogły wpisywać wyników testów”, potwierdziła dr Agnieszka Sulikowska, dodając, że lekarze mają te wyniki „w jakichś zeszytach”. Co istotne, w systemie można zapisać wyłącznie informacje o zakażeniach do tygodnia wstecz, dlatego duża część w ogóle nie będzie figurować w oficjalnych statystykach. Dr Sulikowska

We Francji, w Niemczech, Austrii, we Włoszech, w Wielkiej Brytanii i Grecji nie ma wątpliwości, że covid znowu atakuje.

Rosną też statystyki zgonów. W Niemczech liczba śmierci z powodu koronawirusa wzrosła ostatnio aż o 135% – z 268 do 629 tygodniowo (dane z 1 lipca). We Francji odnotowano 265 zgonów tygodniowo, a we Włoszech 380.

Pozorny spokój

Tymczasem w Polsce spokój. Pozorny. Stan na 8 lipca: 1046 zakażeń, w tym 894 nowe, nikt nie umarł, nikt nie był na kwarantannie. Zupełnie

wcześniej, kiedy na konferencjach prasowych ministrowie zdrowia, najpierw Łukasz Szumowski, a później Adam Niedzielski, powtarzali, że „wszystko jest pod kontrolą”, a wykonywano za mało testów.

Z rządowych danych wynika, że do 8 lipca wykonano 5385 testów. Dla lekarzy sprawa jest jasna: Polska za mało testuje. 1 lipca odbyło się kolejne webinarium Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, w którym udział wzięli m.in. dr Paweł Grzesiowski, dr Agnieszka Sulikowska, dr Paulina

KRAJ

zwracała również uwagę, że rozporządzenie nie przewiduje także druków ZLK (czyli zgłoszeń zachorowania na chorobę zakaźną), a zgłoszeń tych nie przejmuje sanepid.

Tymczasem, kiedy pod koniec czerwca w całej Europie zaczynała się fala wznosząca i w statystykach widać było duży wzrost zachorowań, minister zdrowia Adam Niedzielski stwierdził co prawda, że

ministra Niedzielskiego jest zupełnie nieuzasadniony.

Niepokojący współczynnik R

Tym bardziej że wskaźnik R, czyli współczynnik reprodukcji wirusa, który stanowi informację o zakaźności patogenu w danym momencie epidemii, wynosi obecnie według danych Ministerstwa Zdrowia 1,36. Inne

do czynienia z „ryzykiem zakażeń, lekkich zachorowań, a nie dynamicznego wzrostu hospitalizacji”.

COVID-19 czy COVID-22

W Polsce do 6 lipca podano w sumie ponad 54,6 mln szczepionek; w pełni zaszczepionych jest 22,5 mln osób. Nie wiadomo jednak, jaka jest skuteczność szczepionek w przypadku nowych wariantów koronawirusa. Jak pisał w „Gazecie Wyborczej” Jacek Kubiak, profesor biologii z francuskiego Krajowego Centrum Badań Naukowych oraz Laboratorium Onkologii Molekularnej i Terapii Innowacyjnych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, „niektórzy wirusolodzy sądzą, że aktualnie atakujące nas warianty genetyczne SARS-CoV-2 omikronu (głównie BA.4 i BA.5) są już tak różne od wyjściowego szczepu i powodują tak różne objawy, że wywołują inną chorobę – COVID-22”. Dlatego, jak informuje badacz, firmy farmaceutyczne i niezależni naukowcy pracują nad nowymi szczepionkami przeciw COVID-19. Naukowiec zaznacza jednak, że o ile dobrą wiadomością jest fakt, iż podanie boostera nowych szczepionek

Dziś COVID-19 wygląda zupełnie inaczej niż wcześniej. Większość osób choruje grypopodobnie, a powikłania pojawiają się nawet kilkanaście tygodni później.

pojawiła się „zwykła zachorowań na COVID-19”, ale uspokajająco dodawał, że „bez potencjału przerozdzenia się w falę”. Mówił też o tym, że pojawiają się mutacje wirusa – BA.4 i BA.5, które „uciekały immunizacji”. A to znaczy, że są one „dalszymi krewnymi omikronu”, czyli szczepienia mniej chronią przed zakażeniem. Minister dodał także, że sam omikron i jego warianty nie spowodują przeciążenia szpitali, bo „nie wywołują takiej presji na system opieki zdrowotnej”. Po prostu „nie ma tytułu hospitalizacji”.

Dane z Niemiec wyraźnie pokazują jednak, że nie ma powodów do nadmiernego optymizmu. W ciągu dwóch tygodni odnotowano tam ponad milion nowych zachorowań, a ponad tysiąc pacjentów jest hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii. Jednocześnie, jak podaje „Gazeta Wyborcza”, połowa OIOM-ów w drugiej dekadzie czerwca zgłaszała braki kadrowe. Na początku lipca liczba specjalistycznych oddziałów, w których brakowało lekarzy i pielęgniarek, wzrosła już do 630. „Sytuacja jest bardzo poważna. Jeszcze nigdy nie mieliśmy do dyspozycji tak małej liczby miejsc na oddziałach intensywnej terapii”, mówił w rozmowie z gazetą Christian Karagiannidis, członek rządowej rady ekspertów ds. koronawirusa. Wyda się więc, że skoro w Niemczech, gdzie na tysiąc osób przypada sześć łóżek na intensywną terapię (w Polsce 4,85), pojawił się problem z wydolnością służby zdrowia, optymizm

źródła podają wyższą wartość: 1,5. Współczynnik R wskazuje, ile osób może zarazić jeden chory. Gdy nie przekracza 1, oznacza, że pandemia gaśnie, kiedy zaś wynosi więcej niż 1 – nabiera rozpędu.

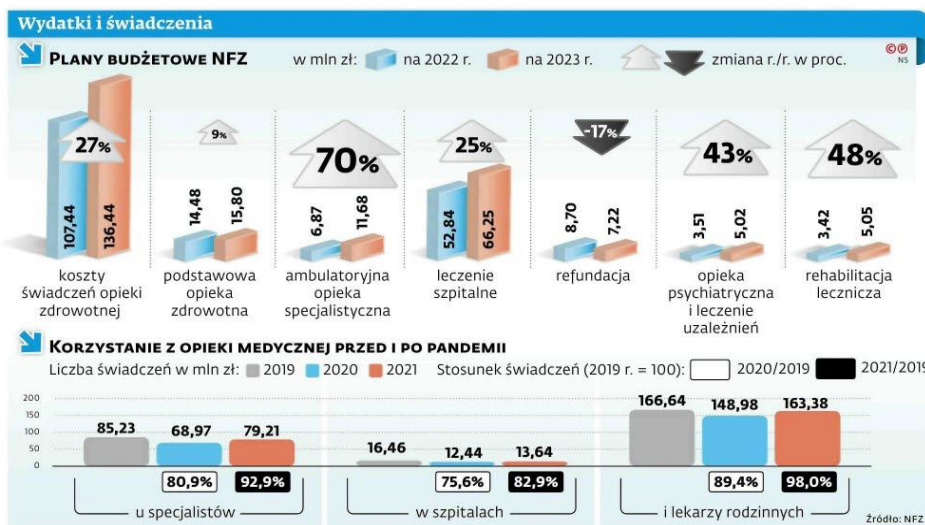
Obecny wynik, 1,36, którym posługuje się rząd, to uśredniona wartość ze wszystkich województw. Na przykład w województwie warmińsko-mazurskim, wynosi 1,57, a na Podkarpaciu – 1,21. W styczniu, podczas piątej fali pandemii, współczynnik R wynosił ok. 1,5, a jesienią

W Polsce robi się za mało testów genetycznych, by wiedzieć, które warianty wirusa dominują.

2020 r., podczas drugiej fali – 1,55. Z kolei przez ostatnie miesiące, po piątej fali, utrzymywał się na poziomie niższym niż 1. W kwietniu wynosił mniej niż 0,5. Co to oznacza? Sytuacja jest znacznie poważniejsza, niż wynikałoby z wypowiedzi ministra. „Przebiegi choroby są stosunkowo lekkie, a czasami wręcz niezauważalne”, mówi Niedzielski, dodając, że jesienią będziemy mieć

wywołuje mocną odpowiedź ze strony układu odpornościowego, o tyle nieco gorszą – że dostępne one będą dopiero jesienią, a nowa fala pandemii, z nowymi wariantami wirusa, rozpędu nabiera już teraz.

We Francji, Niemczech, Austrii, Włoszech, Wielkiej Brytanii i Grecji nie ma wątpliwości, że koronawirus znowu atakuje. W Polsce robi się za mało testów w ogóle, a już na pewno za mało tych genetycznych, by wiedzieć, które warianty wirusa dominują. W dodatku zmienia się i sama choroba, i pandemia. Dziś COVID-19 wygląda zupełnie inaczej niż jeszcze kilka miesięcy temu. Większość osób choruje grypopodobnie, ale powikłania pojawiają się nawet kilkanaście tygodni po przechorowaniu koronawirusa. ■



Nadrabianie pandemicznych zaległości

Dodatkowe środki mają wystarczyć nie tylko na zwykłe leczenie Polaków, ale mają także pomóc podreperować stan naszego zdrowia zaniedbanego w poprzednich latach. Dane pokazują, że radykalnie spadła liczba pacjentów, którzy zdecydowali się na wizytę u lekarza.

Najgorszy był rok 2020. W 2021 r. liczba pacjentów, którzy korzystali z opieki lekarza rodzinnego, szpitali, specjalistów, czy diagnostyki była już wyraźnie większa niż rok wcześniej. Również lepiej była dopasowana oferta szpitalna dla chorych na COVID-19. Niemniej jeszcze nie wróciło do czasów sprzed pandemii – mówi Filip Nowak.

Z danych wynika, że liczba świadczeń otrzymanych przez pacjentów u specjalistów w 2020 r. stanowiła 80 proc. tego, co było im zaoferowane w przedpandemicznym 2019 r. Rok później (w 2021 r.) nadal nie osiągnięto poziomu z 2019 r., choć liczba świadczeń wzrosła do 93 proc. W szpitalach w pierwszym roku pandemii wykonano trzy czwarte świadczeń zrealizowanych w 2019 r. W ubiegłym roku sytuacja poprawiła się, choć nadal korzystaliśmy ze świadczeń zdrowotnych mniej intensywnie niż przed pandemią.

NFZ podkreśla, że relatywnie najmniej problemami wynikającymi z ataku koronawirusa dotknięta została onkologia. Nie odnotowano istotnego zmniejszenia liczby kart DIO wystawianych pacjentom z podejrzeniem choroby onkologicznej, a w 2021 r. ta liczba się wręcz zwiększyła.

szyla w stosunku do okresu sprzed pandemii. Nie zmniejszyła się też liczba pacjentów objętych chemioterapią oraz programami lekowymi – mówił podczas debaty w DGP Dariusz Dziekański, dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji w Narodowym Funduszu Zdrowia, akcentując, że kluczowe jest stawianie na profilaktykę.

Dobry kierunek

Zdaniem ekspertów projektowane zmiany w finansowaniu idą w dobrym kierunku, choć trzeba je skutecznie i bardziej konsekwentnie wprowadzać.

Toczą się prace nad przebudową systemu zdrowia publicznego, bowiem dotychczasowe rozwiązania są niestety mało skuteczne. Wydajemy na profilaktykę niewystarczająco dużo, ale i te środki, które już mamy, są wydawane mało efektywnie – mówiła DGP Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia w Uczelni Łazarskiego.

Jej zdaniem, drugą kwestią jest zagwarantowanie dostępu do szybkiej diagnostyki. – Wielkie nadzieje nie się wprowadzenie budżetu powierzonego na finansowanie badań na etapie wizyty u lekarza rodzinnego. Kluczowe jest rozwijanie pakietów diagnostycznych w opiece specjalistycznej, wzorem pakietu diagnostycznego w endokrynologii. Trzeba też poszerzać dostępność do coraz nowocześniejszej diagnostyki. Leczenie powinno być kompleksowe i skoordynowane. Pandemia pokazała, jak ważne w zarządzaniu systemem są dane i ich wykorzystywanie w procesie podejmowania decyzji – podsumowała ekspertka.

Abyśmy zdrowsi byli

Krótsza kolejka do specjalistów, więcej badań u lekarzy rodzinnych, skuteczniejsza profilaktyka – to zmiany planowane w najbliższym czasie w ochronie zdrowia. Jednym z celów jest walka z zaniedbaniami, które powstały w trakcie pandemii

Jeszcze w tym roku budżet Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie zwiększy się o 6,5 mld zł. A pierwsze plany na 2023 r. są o niemal 30 mld zł wyższe od kwot z 2022 r. Na zdrowie ma być przeznaczone aż 136 mld zł.

Zastrzyk dla specjalistów
Jak wynika z niedawno ogłoszonego planu finansowego, w przyszłym roku najbardziej zwiększą się wydatki na specjalistów

– aż o 70 proc. w porównaniu z zamierzeniami na ten rok. NFZ spodziewa się przyrostu liczby pacjentów i badań, dlatego chce mieć pokrycie na zwiększone potrzeby. Od zeszłego roku nie ma bowiem limitu finansowania i Fundusz płaci za tyłu pacjentów, ilu przyjmują specjaliści.

Mimo likwidacji limitów w 2021 r. chętnych było mniej niż w przedpandemicznym 2019 r. Teraz jednak, jak mówił w rozmowie z DGP prezes NFZ Filip Nowak, liczba pacjentów rośnie. Odbicie widać również w liczbie wizyt u lekarzy rodzinnych, w szpitalach i przy korzystaniu z badań diagnostycznych.

Wzrost nakładów pozwoli także podwyższyć wyceny świadczeń specjalistycznych. Do podstawowej opieki zdrowotnej trafi w przyszłym roku o 9 proc. więcej pieniędzy. Ten wzrost uwzględni m.in. większą liczbę badań, które będzie mógł zlecić lekarz rodzinny bez konieczności wysyłania pacjenta na konsultacje do specjalisty.

W dużym stopniu zwiększą się nakłady na rehabilitację i psychiatrię. NFZ zamierza również wydać więcej na programy lekowe. O 25 proc. pójdzie w górę kwota przeznaczona na lecnictwo szpitalne.

Wzrost nakładów na rehabilitację i psychiatrię. NFZ zamierza również wydać więcej na programy lekowe. O 25 proc. pójdzie w górę kwota przeznaczona na lecnictwo szpitalne.

Wzrost nakładów na rehabilitację i psychiatrię. NFZ zamierza również wydać więcej na programy lekowe. O 25 proc. pójdzie w górę kwota przeznaczona na lecnictwo szpitalne.

Informatyzacja pomogła w walce z pandemią



Krzysztof Saczka, główny inspektor sanitarny: SEPIS – System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej ma obsługiwać wszystkie zadania realizowane przez sanepid, być też modulem raportującym i narzędziem analitycznym

Jak Główny Inspektorat Sanitarny przygotowuje się na jesenną falę zachorowań na COVID-19?

Cały czas jesteśmy gotowi, bo nie ustaliliśmy w realizacji zadań związanych z pandemią. Wykonujemy je bez względu na skalę zakażeń, czyli identyfikujemy ogniska, ich rozprzestrzenianie się, sekwencjonujemy zakażenia.

Macie próbki do sekwencjonowania? Przecież nie są już zbierane.

Poziom sekwencjonowania jest adekwatny do poziomu zakażeń. Staramy się, żeby był reprezentatywny. Ale dzięki temu, że coraz spraw-

niej działa system informatyczny, możemy wykonywać coraz więcej zadań.

Początkowo były skargi na sanepid, że nie nadążył za pandemią.

A teraz dostaliśmy nagrodę sektora publicznego ONZ za nasz System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej (SEPIS). Początki rzeczywiście były trudne. Były opóźnienia, do niektórych w ogóle nie dzwoniło. Informatyzacja radykalnie zmieniła sytuację. Poprawiła komunikację między klientami a pracownikami inspekcji. Nowy system wprowadził też przełomowe

rozwiązanie, dzięki któremu mogliśmy oderwać się od struktury powiatowej i popatrzeć na realizację zadań przez pryzmat województwa. To znacznie usprawniło pracę.

Co to oznacza?

Stało się to możliwe dzięki wdrożeniu tzw. stacji wirtualnej na poziomie każdego województwa, która spinała w jednym miejscu wszystkie zadania pochodzące z tego terenu, a więc ze wszystkich powiatów, pod które można było dopasować pracowników inspekcji zatrudnionych w regionie. Dzięki temu mogliśmy wyeliminować szereg ryzyk, z jakimi borykaliśmy się na początku pandemii.

Co najbardziej szwankowało?

Na przykład sprawy kadrowe. Od samego początku w jednych powiatach było więcej zakażeń, w innych mniej. To sprawiło, że obciążenie pracą było nierówne. Do tego dochodziły absencje. Bywało, że po zakażeniu pracowników cała stacja była zamykana i nie miał kto wykonywać zadań, czyli przeprowadzać wywiadów epidemiologicznych, identyfikować ogniska zakażenia, ustalać listy kontaktów w celu ewentualnego nałożenia kwarantanny czy izolacji, wprowadzać danych. System pozwolił wyeliminować te ryzyka. Pozwolił też na bardziej elastyczne zarządzanie pracownikami. Dzięki zarządzaniu z poziomu wo-

jewództwa w zadania byli włączeni wszyscy pracownicy. Zakres ich działania był szerszy, nie było problemu, co zrobić, gdy jakieś osoby nie mogły być w pracy.

Pracownicy mogli obsługiwać pacjentów w innym województwie?

To też się zdarzało. Na wiosnę 2021 r., kiedy pandemia swoje żniwa zbierała w woj. mazowieckim, z pomocą przyszły inne województwa i ich pracownicy. Wykonywanie zadań związanych z epidemią stało się tym samym ogólnopolskie, a dzięki cyfryzacji pracownicy inspekcji mogą realizować zadania z dotychczasowego miejsca zatrudnienia. Zniknął papierowy obieg dokumentów. Wszystkie dane od razu trafiały do systemu, zagwarantowano też lepszy dostęp do nich.

Kiedy doszło do zmiany?

System zaczął działać już na jesieni 2020 r. Na początku jednak zmierzał w innym kierunku. Miał tylko usprawnić relacje klientów z pracownikami stacji. Pamiętamy, że początek pandemii to czas, w którym nie można było się dodzwonić do sanepidów. Pracy było dużo, a kadra była okrojona. Potem zapadła decyzja, by system rozwijać o inne funkcjonalności, co sprawiło, że sanepid zaczął zmieniać oblicze.

A jak się sprawdziło nowe narzędzie w komunikacji z klientami?

Korzyści z niego wynikające dało się zauważyć już

przy fali w 2021 r. 82 proc. klientów było obsługiwanych w ciągu trzech godzin od rejestracji dodatniego przypadku COVID-19 w systemie. W ciągu 24 godzin – 97 proc. osób. Przy kolejnej fali poziom kontaktu do trzech godzin oscylował nawet w okolicy 85 proc. Do 24 godzin pozostał na podobnym poziomie. Trzeba jednak pamiętać o tym, że nie wszyscy odbierali od razu telefon, nie do wszystkich też mieliśmy kontakt, czyli trzeba było go ustalić. Bywało też, że klienci podawali błędny numer.

Czy system będzie dalej rozwijany?

To już się dzieje. Od 2021 r. rejestruje niepożądane od-czynny poszczepienne. Nie tylko te związane z COVID-19, ale ze wszystkimi szczepieniami. Nastąpiła też zmiana formularza. Zamiast dwóch jest jeden, który powinien wypełnić lekarz mający o nich wiedzę z poziomu portalu gabinet.gov.pl.

Plan docelowy jest taki, by SEPIS obsługiwał wszystkie zadania realizowane przez sanepid, był też modulem raportującym i narzędziem analitycznym. Chodzi bowiem o to, by nie tylko mieć dostęp do danych, ale móc je analizować, by zawczasu przewidzieć pewne sytuacje, by móc na nie zareagować z wyprzedzeniem. Bo im lepiej będziemy mogli zidentyfikować ryzyko, tym bardziej będziemy w stanie zapewnić wyższy poziom bezpieczeństwa publicznego, co jest naszym najważniejszym zadaniem.

System obejmuje tylko COVID-19?

Do końca czerwca rozwijał się za pośrednictwem naszego partnera KPRM. Od teraz to GIS realizuje ten projekt. W tym roku planujemy domknąć obszar epidemiologii. A to oznacza, że system będzie nadzorował nie tylko COVID-19, ale wszystkie 68 chorób zakaźnych wymienionych ustawą. Chcemy też mieć możliwość elastycznego rozwijania systemu o nowe wirusy czy patogeny, których nie ma w wykazie, a stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego, dlatego muszą być nadzorowane. Przykładem może być małpia ospa. Pracujemy też nad modulem zakaźnym dla szpitali, a także włączeniem modułu żywnościowego. Chodzi przede wszystkim o objęcie lepszą kontrolą nad rynkiem i nadzorem suplementów diety. Dziś zgłoszenie tych produktów odbywa się ręcznie, na papierze. To wydłuża czas rejestracji, ale i utrudnia weryfikację dostępnych produktów na rynku. Dzięki systemowi procedura rejestracji zostanie przyspieszona, ale też będzie łatwiejszy dostęp do składu będących w obrocie suplementów. Przez zastosowanie narzędzi sztucznej inteligencji będzie można je porównywać z przepisami. To pozwoli szybciej wykluczać z rynku te, które nie powinny być dalej w sprzedaży. Moduł suplementów powinien zostać ukończony do jesieni 2023 r.

Lekarze dostaną więcej za lepszą opiekę nad

W tym roku na rodzinnych medyków będzie o 600 mln zł, niż wynikało z ostatniego planu, w przyszłym roku budżet wzrośnie o 1,3 mld zł, w sumie do 15 mld zł. To pieniądze, które w dużej mierze mają być wykorzystane na reformę systemu

Minister zdrowia Adam Niedzielski tłumaczy, że głównym celem zmian ma być umożliwienie pacjentowi dostępu do kompleksowej opieki, większej liczby badań oraz konsultacji, zapewnionych również przez lekarza rodzinnego, który mógłby ustalać plan leczenia w porozumieniu z wybranymi specjalistami. Jak minister tłumaczył podczas ostatniego posiedzenia Sejmu, jest to odpowiedź na bieżące potrzeby pacjentów. Po-

prawić ma się diagnostyka, profilaktyka oraz leczenie chorób przewlekłych, a rola lekarza rodzinnego ma być bardziej aktywna.

Reforma podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest podzielona na dwie części. Pierwsza rozpoczęła się 1 lipca, choć jak wynika z informacji DGP, nadal wiele placówek nie podpisało jeszcze aneksów do umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zmiany, których w najbliższym czasie doświad-

czymy w przychodniach, to przede wszystkim rozszerzenie katalogu badań, które mogą zlecać lekarze pierwszego kontaktu. Chodzi m.in. o ferrytynę, witaminę B12 czy kwas foliowy, ale również anty-CCP, CPR (czyli szybki test ilościowy oznaczający stan zapalny, który będzie przysługiwał dzieciom do ukończenia 6. roku życia), antygen *Helicobacter pylori* w kale oraz Strep-test – wymaz z gardła pozwalający określić przyczynę chorób górnych dróg oddechowych.

Żeby zachęcić lekarzy do ich wykonywania, zmienia się sposób finansowania. Lekarz będzie zlecał badania w ramach budżetu powierzonego, czyli obliczonej na podstawie specjalnego algorytmu puli środków przy-

padającej każdej przychodni niezależnie od obowiązującej obecnie stawki kapitacyjnej. Podmioty lecznicze będą mogły zlecić tyle badań z nowej puli, na ile pozwoli im dodatkowy budżet, przy czym same będą musiały owego limitu pilnować.

Poza tym zrealizowano postulaty środowiska medycznego zwiększenia grupy osób, które kwalifikują się do programu profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK). Przypomnijmy, obecnie obejmuje on osoby po ukończeniu kolejno 35, 40, 45, 50 i 55 lat. Reforma rozszerza tę grupę, obejmując osoby do 65. roku życia. Co więcej, z badania będzie mógł skorzystać zarówno pacjent w wieku 37, jak i 41 lat – o ile w ciągu ostat-

nich pięciu lat nie korzystał z badań wchodzących w zakres programu.

Przychodnie mogą liczyć na nowe dodatki motywacyjne – kwartalny oraz roczny, które zależeć będą od poziomu wykonania programu.

Większe zmiany planowane są na październik. Na razie kształt zmian opieki nad zdrowiem zespołu ds. reformy POZ, więc niektóre kwestie mogą ulec modyfikacjom. Zgodnie z założeniami na jesień rozpocznie się szersze wdrażanie opieki koordynowanej. Będzie ona dotyczyć pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi (np. nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, niewydol-

nością serca, migotaniem przedsionków), chorych z cukrzycą, chorobami pulmonologicznymi (POChP, astma), a także endokrynologicznymi (np. niedoczynność tarczycy). Do systemu ma zostać wprowadzona konsultacja lekarza POZ ze specjalistami (kardiologiem, diabetologiem, pulmonologiem, alergologiem i endokrynologiem). W związku z tym planuje się dalsze rozszerzanie pakietu badań zlecanych przez POZ. Punkt wyjścia stanowi rekomendacja zespołu ds. reformy POZ z czerwca. Zgodnie z nią lekarz pierwszego kontaktu będzie mógł zlecić EKG wysiłkowe, Holter EKG, Holter RR, echo serca, NT-Pro-BNP, albuminuria, UACR, USG Doppler tętnic

pacjentami

szyjnych i naczyń kończyn dolnych. Oprócz tego badania tarczycy – anty-TPO, anty-TG, anty-TSHR (TRAb) czy biopsja cienkoigłowa tarczycy, czy tomograf komputerowy klatki piersiowej (pod warunkiem wcześniejszego wykonania badania RTG, na którym stwierdzono zmiany wymagające pogłębionej diagnostyki).

Według specjalistów najważniejszą zmianą będzie wprowadzenie wizyty kompleksowej, której efektem będzie stworzenie planu leczenia. Lekarz rodzinny po rzetelnym zbadaniu pacjenta ustali rozpoznania chorób przewlekłych oraz ustali plan leczenia i badań diagnostycznych na 12 miesięcy. Z czasem taki

harmonogram trafi na Internetowe Konto Pacjenta (wprowadzono to już w ramach pilotażu POZ Plus), co umożliwi w przyszłości współpracę lekarza rodzinnego ze specjalistami szpitalnymi, ambulatoryjnymi i farmaceutami.

Od 1 października ma również wzrosnąć zaangażowanie pielęgniarek pracujących w POZ. Jest mowa m.in. o samodzielnej realizacji i dodatkowym finansowaniu profilaktyki, edukacji przewlekłe chorych oraz uzupełnianiu pracy lekarzy podczas kontroli stabilizacji klinicznej pacjentów przewlekłe chorych, w tym przedłużenia leków według planu.

Minister zdrowia z kolei wskazuje również, że celem jest zwiększenie grupy

pacjentów korzystających z profilaktyki u lekarza rodzinnego. Jak do tego doprowadzić? – To dotyczy zarówno oferowania nowych programów, ale także pewnej filozofii nagradzania lekarzy rodzinnych za realizację tych programów – mówił w Sejmie Adam Niedzielski. Ma temu służyć także premiowanie lekarzy za lepszą opiekę, co ma poprawić jakość pracy placówek.

Jak podkreśla prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, konsultant ds. medycyny rodzinnej, w miarę implementacji systemowej opieki koordynowanej budżet powierzony powinien być sukcesywnie poszerzany o kolejne świadczenia i badania diagnostyczne.

Do kardiologa albo na tomograf zapiszemy się sami – przez internet

Zcentralizowanie i cyfryzacja procesu rejestracji skróci kolejki do świadczeń i pozwoli łatwiej wychwytywać patologie

8 czerwca weszły w życie przepisy wprowadzające pilotaż centralnego systemu rejestracji (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz.U. 2022 poz. 1207). Program jest obecnie na etapie organizacji i początkowo wdraża go kilka placówek z woj. mazowieckiego oraz łódzkiego.

Artur Prusaczyk, wiceprezes Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach podkreśla, że jest to technicznie i organizacyjnie najtrudniejszy do wdrożenia program pilotażowy. – W przypadku poprzednich programów, związa-

nych np. z e-skierowania- mi mechanizm był prostszy – taki dokument trafiał do zbioru danych, a kolejny podmiot po prostu te dane pobierał. W tym przypadku dochodzą kwestie m.in. terminu i godziny świadczenia czy priorytetu danego pacjenta – wyjaśnia ekspert. Podkreśla, że skoordynowanie tych działań jest złożone, ale korzyści pilotażu przewyższą ewentualne koszty. Jego zdaniem powstanie duża wartość dodana systemu.

Założenia programu są proste – testuje on możliwość samodzielnego zapisania się przez pacjenta do kardiologa, na rezonans magnetyczny oraz tomografię komputerową. Za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta udostępnione będą informacje

o możliwych terminach udzielenia świadczenia.

Co pacjent na tym zyska? Zdaniem Artura Prusaczyka docelowo, powszechne wprowadzenie centralnego, elektronicznego systemu rejestracji może realnie skrócić kolejki. – Pacjent lub koordynator opieki od razu będzie wiedział, gdzie czeka się długo, a gdzie są wolne miejsca. Dzięki temu zredukowane zostanie wiele tzw. wąskich gardeł – wskazuje.

Nasi rozmówcy podkreślają również, że cyfryzacja procedury zapisów w dalszej perspektywie pozwoli na oszczędności ze strony placówek medycznych. Odciaży z części pracy rejestratorki medyczne i racjonalizuje koszty systemowe. Nie będzie bowiem tzw. pustych przebiegów.

Do tego dochodzą korzyści dla całego systemu opieki zdrowotnej – zwłaszcza w kontekście zarządzania jakością i efek-

tywnością. – Weźmy pod uwagę np. ocenę produktywności inwestycji naszych podatków. Obecnie ma to miejsce w ramach IOWISZ (Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, czyli systemu, za pomocą którego placówka medyczna uzyskuje opinię o celowości konkretnych inwestycji – przyp.red.), gdzie Ministerstwo Zdrowia, wojewodowie z pomocą NFZ wydają konkretne rekomendacje. Ale ciągle oceniamy jakąś wizję, a nie zwrot z inwestycji. Dzięki cyfryzacji oceniający będzie mógł po jakimś czasie określić, czy ta inwestycja w istocie się zwraca – podkreśla Prusaczyk.

Bardzo ważnym celem jest walka z procederem „wpychania” pacjentów prywatnych do kolejek np. diagnostycznych czy zabiegowych. – Całkowita cyfryzacja pozwoli na standaryzację priorytety-

Krócej poczekamy na wizytę



PAWEŁ KIKOSICKI

dyrektor Centrum e-Zdrowia

Wkrótce wystartuje pilotaż centralnej e-rejestracji. Zaczynamy od wąskiego zakresu świadczeń – będzie można się zapisać do kardiologa oraz na rezonans magnetyczny i tomografię komputerową. Wezmą w nim udział wyłonione w kwietniowym naborze podmioty z powiatu siedleckiego oraz łodzi. Obecnie trwają prace techniczne. E-rejestracja ma zwiększyć dostępność do świadczeń medycznych. Pacjent będzie sam umawiał się na świadczenie bez konieczności wizyty w placówce. W jednym miejscu, przez 24 godziny na dobę i 7 dni w tygodniu będzie miał informacje o wszystkich wolnych terminach, podmiotach i lekarzach realizujących dane świadczenia. Skróci się też czas oczekiwania na wizytę, gdyż ograniczy się liczba niewykorzystanych terminów. Listy rezerwowe będą zarządzane przez automat, który poinformuje pacjenta SMS-em, e-mailem lub w aplikacji mojejKP o możliwości rejestracji. Na tym rozwiązaniu skorzystają też podmioty świadczące usługi medyczne, gdyż e-rejestracja odciaży personel, umożliwiając przekierowanie zasobów do innych zadań.

zacji skierowań oraz pozwoli na zmierzenie tzw. patient experience czyli sposobu, tempa i jakości dostarczenia danego świadczenia. Ujawniając zwykłą korelację dotyczącą tego, kto kiedy wystawił

dane skierowanie i w którym miejscu pacjent znalazł się w kolejce – łatwo wytropić nieprawidłowości – podkreśla Artur Prusaczyk. – Ta transparentność umożliwi redukcję patologii – dodaje.

Opieka w DPS z budżetu NFZ

ŚWIADCZENIA

Michalina Topolewska
michalina.topolewska@infor.pl

Dom pomocy społecznej będzie mógł wystąpić do wojewody o status podmiotu leczniczego. Pozwoli mu to na zawieranie kontraktów z NFZ i finansowanie w ten sposób m.in. wyższych wynagrodzeń pielęgniarek. Prze-

widujące takie rozwiązanie przepisy, nad którymi pracują resorty rodziny i zdrowia, są odpowiedzią na zgłaszane przez samorządy problemy z zapewnianiem odpowiedniej opieki seniorom. Wszystko przez to, że pielęgniarki zatrudnione w DPS zarabiają znacznie mniej niż ich koleżanki ze szpitali i z przychodni.  **B9**



Samorząd i administracja

DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ Placówki dla seniorów i niepełnosprawnych będą mogły występować do wojewody o wpis do rejestru podmiotów leczniczych, a po jego uzyskaniu zawierać kontrakty z NFZ

B9

Dom pomocy społecznej jak placówka medyczna

OCHRONA ZDROWIA Placówki dla seniorów i osób niepełnosprawnych będą mogły występować do wojewody o **wpis do rejestru podmiotów leczniczych**, a po jego uzyskaniu zawierać kontrakty z NFZ

Michalina Topolewska
michalina.topolewska@infor.pl

Jeszcze w tym miesiącu ma trafić do konsultacji projekt ustawy, który ureguje finansowanie opieki pielęgniar- skiej w domach pomocy społecznej (DPS). Przepisy, które się w nim znajdują, mają pomóc w rozwiązaniu problemów wynikających z nierównego statusu pielęgniarów zatrudnionych w DPS i tych pracujących w lecznicach oraz zrealizować postulat – zgłaszany od wielu lat przez powiaty – przejęcia przez NFZ finansowania ich wynagrodzeń.

Wyczekiwana zmiana

Teraz pielęgniarzy zatrudnionych w DPS, choć wykonują praktycznie te same czynności co ich koleżanki po fachu z jednostek należących do systemu ochrony zdrowia, są uznawane za pracowników samorządowych, a ich pensje są finansowane z powiatowych budżetów. W efekcie są dużo niższe od tych, na które mogą liczyć pielęgniarzy z placówek leczniczych, które mają ustawowo zagwarantowaną ich coroczną waloryzację, są też uprawnione do różnych dodatków. To zaś powoduje, że coraz mniej pielęgniarzy jest chętnych do pracy w DPS, co powoduje trudności z zapewnieniem odpowiedniej opieki ich mieszkańcom.

To ma zmienić zapowiadany od dawna projekt, nad którym pracowały wspólnie resorty rodziny i polityki społecznej oraz zdrowia (pisałyśmy o tym w lutym: „Fundusz sfinansuje wynagrodzenia pielęgniarów w DPS”, DGP nr 32/22). Jak wynika z opisu umieszczonego w wykazie prac legislacyjnych

nego rządu, DPS – niezależnie od formy organizacyjnej, w jakiej działa – będzie mógł wystąpić do wojewody o wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą. W tym celu będzie musiał spełnić określone warunki, a mianowicie dysponować odpowiednimi pomieszczeniami i urządzeniami, zatrudniać osoby wykonujące zawód medyczny, stosować wyroby medyczne oraz zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności leczniczej. DPS jako podmiot leczniczy będzie udzielał ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych swoim mieszkańcom i zawierał umowy z NFZ finansujące ich świadczenia.

Jednocześnie w związku z tym, że kierownik podmiotu leczniczego niebędący przedsiębiorcą musi spełniać kwalifikacje określone w art. 46 ust. 2–4, 47 i 49 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.), które są inne od tych, które są wymagane od dyrektora DPS, projekt ma uwzględnić przepisy wyłączające ich stosowanie. Analogicznie będzie z przepisami dotyczącymi konieczności powołania w takim podmiocie rady społecznej. Projektowane przepisy przewidują też, że koszty utworzenia podmiotu leczniczego oraz prowadzenia działalności leczniczej przez DPS nie będą wliczone do średniomiesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca.

Zawarcie takiego przepisu oznacza, że mieszkaniowiec DPS, a także gmina i jego rodzina, które często partycypują w kosztach jego pobytu w placówce, unikną podwój-

Opieka nad seniorami

Domy pomocy społecznej (DPS) w zależności od tego, dla kogo są prowadzone, dzielą się na placówki m.in.: dla osób w podeszłym wieku, przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży. Niezależnie jednak od ich typu, są zobligowane świadczyć swoim mieszkańcom **usługi**:

Bytowe zapewniając:	Opiekuńcze polegające na:	Wspomagające polegające m.in. na:
• miejsce zamieszkania • wyżywienie • odzież i obuwie • utrzymanie czystości	• udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych • pielęgnacji • pomocy w załatwianiu spraw osobistych	• umożliwianiu udziału w terapii zajęciowej • podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców • umożliwianiu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych • utrzymywaniu kontaktów z rodziną i społecznością lokalną • działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca, w miarę jego możliwości

WAŻNE

W przypadku usług opieki medycznej DPS umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie odrębnych przepisów

826

to liczba domów pomocy społecznej

56 426

osób jest w nich zatrudnionych

5024

z nich to pielęgniarzy

nego placenia za coś, co będzie finansować NFZ – mówi Bernadeta Skóbel ze Związku Powiatów Polskich.

Ważne wyłączenia

Rafał Marek, dyrektor DPS „Nasz dom” w Gliwicach, wiceprezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia, podkreśla, że zapowiadany projekt budzi zarówno duże nadzieje na poprawę sytuacji, jak i pewne wątpliwości. – Wydaje się, że proponowane rozwiązanie jest zbyt skomplikowane. Po co DPS ma się rejestrować jako podmiot prowadzący działalność leczniczą, skoro wystarczyłoby, aby NFZ ogłosił zamknięty konkurs skierowany tylko do tych placówek na zapewnienie ich mieszkańcom opieki pielęgniarzkiej? – wskazuje.

Z kolei Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz, dyrektor DPS w Skępczynie, prezeska Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Samorządowych DPS, wskazuje, że na obecnym etapie, gdy nie ma jeszcze projektu ustawy, nie wiadomo, ja-

kie konkretnie wymogi trzeba będzie spełnić, czy np. zwykły pokój zabiegowy w placówce będzie wystarczający do uznania, że dysponuje ona odpowiednim pomieszczeniem do prowadzenia działalności leczniczej. Wyraża też obawy, czy w praktyce nie będzie tak, że DPS będą musiały konkurować z instytucjami medycznymi, bo w takiej rywalizacji nie mają większych szans, czy będą dodatkowe pieniądze na opiekę długoterminową i pielęgniarzską.

– Martwi też to, że rząd planuje przyjąć projekt ustawy w IV kw. tego roku, więc zacznie obowiązywać dopiero w 2023 r. A wtedy może być już za późno, zwłaszcza że od tego miesiąca (od 1 lipca br. – red.) następuje kolejna podwyżka wynagrodzeń dla zawodów medycznych – mówi Sylwia Kamińska-Tereszkiewicz. Dodaje, że dyrektorzy DPS są już po rozmowach nie tylko z pielęgniarzami, lecz także np. z opiekunami medycznymi, którzy zapowiadają rezygnację z pracy, a przychodnie czy szpitale czekają na nich z otwartymi ramionami.

Zdaniem Bernadety Skóbel DPS nie powinny mieć większych problemów ze spełnieniem wymogów związanych z infrastrukturą, bo jak wskazują rozmowy z przedstawicielami resortu rodziny, będą one ustalone na minimalnym poziomie. Groźniejsza jest natomiast kwestia wielu innych standardów, jakie muszą spełniać podmioty lecznicze, a z jakich powinny być wyłączone DPS.

– Ministerstwo Zdrowia pracuje nad przepisami o jakości w ochronie zdrowia, trwają też konsultacje rozporządzenia w sprawie żywienia w podmiotach leczniczych. To tylko niektóre przykłady, na które trzeba uważać, aby nie zostały nimi objęte DPS, które uzyskają ten status, bo to może podnieść koszty ich funkcjonowania – wyjaśnia Bernadeta Skóbel. Podkreśla, że gdy projekt ustawy trafi do konsultacji, trzeba będzie się dokładnie przyjrzeć, czy zaproponowane w niej wyłączenia dla DPS będą wystarczające.

Etap legislacyjny
Projekt ustawy wpisany do wykazu prac legislacyjnych rządu

Profilaktyka – najmniej kosztowna, najbardziej efektywna, a zaniedbywana

Dlaczego tak trudno skłonić pacjentów do badań, gdy nie mają symptomów chorobowych? Eksperci twierdzą, że kluczem jest edukacja, sami zainteresowani – że barierą jest dostępność

Wciąż bardziej niż na profilaktykę Polacy stawiają na medycynę naprawczą. Na nią przeznaczamy większość nakładów na zdrowie. A przecież już w latach 70. ubiegłego wieku badania wykazały, że tylko w 10 proc. decyduje ona o naszej kondycji, jakości i długości życia. Większą rolę odgrywają uwarunkowania genetyczne i środowiskowe oraz styl życia.

Zdrowie można rozpatrywać w perspektywie indywidualnej, ale jest ono też dobrem publicznym, bo system ochrony zdrowia opiera się na zasadzie solidaryzmu społecznego. Warto to uzmysłowić Polakom, którzy zaczynają się badać dopiero wtedy, gdy mają jakiś problem – wskazuje Piotr Bromber, wiceminister zdrowia.

Programy są dostępne

Publiczny system ochrony zdrowia zapewnia co

najmniej kilkanaście programów profilaktycznych, skierowanych do różnych grup pacjentów – kobiet, mężczyzn, seniorów, nastolatów, palaczy, osób z chorobami serca, narażonych na nowotwory itd. Ich listę można znaleźć na stronie <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne>. Część realizowana jest na zasadzie pilotażu, a większość obwarowana jest określonymi kryteriami kwalifikującymi do udziału.

Najbardziej znane i cieszące się największą popularnością są programy profilaktyki raka piersi i szyjki macicy, a także chorób układu krążenia. Jednak nawet na oferowane w nich badania nie zgłasza się nawet połowa uprawnionych pacjentów. Z danych NFZ wynika, że średnio w I kw. 2020 r. oraz na koniec

2019 r. odsetek osób, które wykonywały badania w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy, wynosił ok. 16 proc., a w ramach profilaktyki raka piersi – ok. 39 proc. W trakcie pandemii zgłaszalność z oczywistych przyczyn spadła – w 2021 r. wyniosła odpowiednio ok. 13 proc. i 33 proc.

Już w czasie walki z COVID-19, w połowie zeszłego roku, resort zdrowia uruchomił nowy program – „Profilaktyka 40 plus” – skierowany do pacjentów po czterdziestce, umożliwiający wykonanie bez skierowania pakietu badań, pozwalających wcześniej wykryć niepokojące sygnały. I tu jednak zainteresowanie jest poniżej oczekiwań – przystąpiło do niego 1,1 mln osób, z czego tylko 600 tys. się rzeczywiście przebadano.

Przymus czy bonus?

Jak zachęcać pacjentów do badań profilaktycznych? – Wskazując dobre przykłady postaw do naśladowania albo przez regulacje prawne. Nie chciałbym nazywać tego drugiego rozwiązania przynusem. Jednak jak nie mamy problemu ze zdrowiem, to nasza postawa jest następująca: „moje zdrowie, moja sprawa”. Ale jak się problem pojawia, to przede wszystkim do państwa kierujemy nasze oczekiwania, że zostanie ono na-

prawione. Tak oczywiście powinno być, taka jest rola państwa. Ale warto wcześniej zacząć myśleć o swoim zdrowiu, i to w szerszym znaczeniu – przekonuje wiceminister Piotr Bromber.

Eksperci są zgodni, że edukacja jest potrzebna, ale na jej efekty trzeba długo czekać.

– Do badań profilaktycznych zniechęca lęk o to, co zrobić, gdy wynik okaże się zły.

Pandemia jeszcze pogłębiła te problemy. Należy zapraszać pacjentów na badania profilaktyczne, jednocześnie zapewniając, że w przypadku nieprawidłowego wyniku nie zostanie sam – podkreśla Paweł Żuk, prezes zarządu Centrum Medyczno-

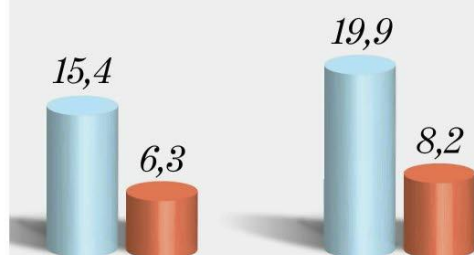
Diagnostycznego w Siedlcach. Z kolei prof. Marta Wiszniewska, kierownik Kliniki Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, jest zdania, że warto pomyśleć o zniesieniu przeszkody prawnej, która dziś stoi na drodze do tego, by programy profilaktyczne dołączyły do badań kodeksowych pracowników.

I wydaje się, że jest to właściwy kierunek, bo choć z zasady nie lubimy przymusu (co widać chociażby w podejściu do szczepień), to w tym przypadku gotowi byłibyśmy go zaakceptować. Niemal jedna trzecia bada-

Zainteresowanie profilaktyką

Odsetek całej populacji uczestniczący w przynajmniej jednym programie profilaktycznym (proc.)

Odsetek uczestników w wieku 25 lat lub więcej, do których były kierowane programy (proc.)



Najpopularniejsze programy – uczestnicy jako odsetek

badania cytologiczne w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy

badania mammografii w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

Program Chorób Układu Krążenia

Najczęściej wykonywane przez Polki i Polaków badania



Źródło: GUS za 2020 r. (dane opublikowane w lutym 2022 r.)

nych uważa, że należy włączyć badania profilaktyczne do badań medycyny pracy – wynika z badania Fundacji My Pacjenci i Rzecznika Praw Pacjenta, wykonane go z grudnia zeszłego roku. Ponad 20 proc. respondentów jako czynnik zachęcający wskazało premię za regularne wykonywanie badań. To też kierunek rozważany

przez resort zdrowia. – Planujemy nagradzać karnetem na siłownię osoby, które biorą udział w programie „Profilaktyka 40 plus”. Taki bonus będzie odgrywał jeszcze jedną rolę – wyrobi nawyk dbania o zdrowie. Jednak by zachęty przyniosły skutek, inicjatyw musi być dużo. Nie można oczekiwać, że jeden pomysł spodoba się

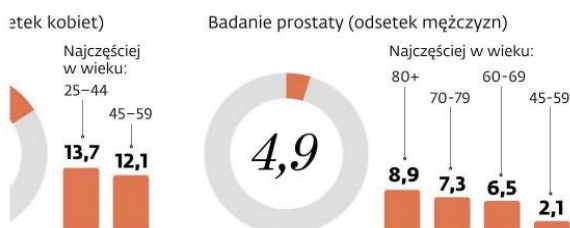
Loteria zachęci do badań

Profilaktyka to najważniejsza inwestycja w zdrowie. Nie można bowiem myśleć o zdrowiu wyłącznie przez pryzmat medycyny naprawczej. Wciąż aktualne jest hasło: lepiej zapobiegać, niż leczyć. Dlatego zachęcamy Polaków do udziału w programach profilaktycznych. Jednym z nich jest „Profilaktyka 40 plus”. Dla pacjentów zachętą do wypełnienia ankiety i zgłoszenia się na bezpłatne badania będzie loteria, która ruszy zaraz po wakacjach. Wśród osób, które wezmą udział w programie „Profilaktyka 40 plus”, Ministerstwo Zdrowia rozlosuje nagrody – karty sportowe z dostępem do obiektów sportowych w całym kraju.

Ministerstwo Zdrowia, Biuro Prasowe



laboratoryjne w 2020 r. (proc.)



WAŻNE

Osoby, u których występowały poważne problemy zdrowotne, znacznie częściej wykonywały badania laboratoryjne niż osoby, które nie miały takich problemów (72,2 proc. wobec 40,5 proc.)

wszystkim – mówi wiceminister Bromber.

Niewiedza, lenistwo...

Ze wspomnianych badań wynika, że zdajemy sobie sprawę, jak ważna jest profilaktyka. Prawie jedna trzecia badanych deklaruje, że korzysta z nich regularnie, a 43,5 proc. – od czasu do czasu. Jednak na pytanie

o udział w jakiegokolwiek akcji profilaktycznej w ciągu ostatniego roku prawie 58 proc. respondentów odpowiada przecząco. Dlaczego?

Ponad 36 proc. o takiej możliwości nie wiedziało, 14,5 proc. się po prostu nie chciało. Uwagę zwraca jednak stosunkowo duża grupa pacjentów, którzy chcieli, ale im się nie udało: 13,8

proc. nie kwalifikowało się z racji wieku, 10,2 proc. nie odpowiadał zakres dostępnych badań, 9 proc. wskazuje, że badania nie były dostępne w ich lecznicy, a 7,8 proc. uniemożliwiła to kolejka. Razem to ponad 40 proc. To im w pierwszej kolejności należy ułatwić udział w programach profilaktycznych.



Algorytmy i telemedycyna pomogą nas leczyć

Piotr Węclawik, Dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia: Maszyna daje podpowiedź, a nie odpowiedź. Odpowiedzialność zawsze ponosi lekarz

Czy korzystanie z urządzeń telemedycznych będzie finansowane przez NFZ?

Tak, pierwsze rozwiązania będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a część jest objęta pilotażem.

Na przykład?

Planujemy, że e-stetoskop jako pierwszy wejdzie do koszyka świadczeń. Czyli będzie dostępny dla określonej grupy chorych. Już w czasie

pandemii sprawdziliśmy, że dobrze działa.

Wtedy do użycia wszedł nie tylko e-stetoskop, ale także zdalna opaska czy pulsoksymetr.

Tak. Ale właśnie dzięki temu, że mogliśmy sprawdzić, jak działają w czasie pandemii, dowiedzieliśmy się, że nie wszystkie do końca odpowiadają potrzebom. Np. opaski miały odnotowywać i zgłaszać do systemu

różnego rodzaju zdarzenia, a nie tylko mierzyć tętno czy saturację. Posiadały detektor upadku, który przy każdej styczności z podłożem sygnalizował, że coś się stało, a często nie było to zgodne z prawdą. Trzeba więc jeszcze nad nimi popracować i poprawić funkcjonalność. Samo rozwiązanie nie jest przyszłościowe.

Kto tego pilnował, kto miał reagować, gdy coś się działo?

Dane trafiały do jednego systemu (w ramach Domowej Opieki Medycznej), który widzieli lekarze. Dzięki temu stan zdrowia chorych

był monitorowany w godzinach pracy lekarzy POZ. Przy pulsoksymetrze opieka była całodobowa.

Jak to wygląda w praktyce? Lekarz otrzymuje powiadomienie i...?

Jeżeli jakieś parametry są przekroczone, system informuje o tym lekarza pacjenta. Docelowo powinien powstać system 24-godzinnej teleopieki – tak jak w przypadku pulsoksymetrów. Całodobowy monitoring przez specjalistów jest bardzo ważny. Szczególnie dotyczy to osób starszych i z przewlekłymi chorobami.

dokończenie na str. E3

Partnerzy



Algorytmy i telemedycyna pomogą nas leczyć

dokończenie ze str. E1

Mamy jeszcze kilka innych rozwiązań: np. mobilne EKG w postaci plasterków. Lekarz widzi na bieżąco wyniki, które może korelować z danymi zapisywanymi przez pacjenta. Wyniki będą na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Wprowadzamy też w formie pilotażu urządzenie telemedyczne dla dzieci przewlekłe chorych po przebiegu COVID-19. Umożliwia ono przesłanie do lekarza obrazów gardła, wnętrza ucha i zapisu dźwięku osłuchiwania płuc lub serca.

Nie ma zagrożenia, że te dane będą widzieli np. ubezpieczyciele? Przez system gabinetowy lekarze mogą zająć się danymi każdego chorego.
Przypominam, że dostęp do danych medycznych ma tylko wybrany lekarz rodzinny oraz upoważniony przez nas specjalista medyczny. Wyjątek stanowią sytuacje ratowania życia, które uprawniają innego lekarza do wglądu w naszą dokumentację medyczną. Nikt nie ma prawa zbierać danych dla ubezpieczyciela. Ponadto, w odróżnieniu od zaglądania do papierowej dokumentacji, zjrznięcie w dane cyfrowe zawsze zostawia ślad. Łatwo więc zidentyfikować, kto wchodzi na konto danych pacjenta.

Na przykład jestem w ciąży albo biorę tabletki antydepresyjne, to musi być widoczne?
Tak, ale tylko dla lekarza, który jest do tego uprawniony przez pacjenta, albo dla medyka ratującego życie. Te dane są bardzo potrzebne. Im więcej jest danych w systemie, tym lepiej działają algorytmy, które obsługują urządzenia. Algorytmy bazują na wynikach medycznych pacjentów – im pełniejsze są dane, tym algorytmy są dokładniejsze i pozwalają trafniej diagnozować. Dyskutujemy z Komisją Europejską na temat zakresu danych, które będą dostępne zarówno dla celów naukowych, jak i w kontakcie z pacjentami. Dzięki dostępności danych łatwiej nam będzie pomóc pacjentowi.

To znaczy?
Zbieranie danych służy tworzeniu systemów wspomagających działania profilaktyczne. Jeżeli system widzi pięć wiek, przewlekłe schorzenie albo ciążę i wyniki badań, to może wysłać danej osobie powiadomienie o dodatkowych badaniach, które są kierowane i dostępne dla grupy, do której należy. To jest dość prosta logika algorytmów.

Kolejny cel, który dzięki zbieraniu danych w IKP możemy osiągnąć, to możliwość postawienia szybkiej diagnozy przez lekarza. Niezależnie od tego czy zna pacjenta czy widzi go pierwszy raz, jest z innego miasta, a nawet kraju. Dzięki historii leczenia i wynikom badań będzie mógł bez długiego wywiadu czy ponawiania badań pomóc choremu. Ponadto będzie można łatwo porównywać wyniki z różnych lat. A dopasowany do tego algorytm może podpowiadać

lekarzowi, jakie jeszcze badania wykonać. Algorytmy są kluczowe, to one będą towarzyszyć sztucznej inteligencji.

Z pomocą klinicystów będą nakierowane na poszczególne dziedziny. Ale to nie znaczy, że tylko w kardiologii, onkologii czy psychiatrii będzie można je wykorzystywać. Bo każdy lekarz POZ na etapie diagnozy w placówce i odchylenia wyniku m.in. EKG będzie mógł skorzystać z tych algorytmów i podpowiedzi.

Ministerstwo przeprowadzi przetarg na tworzenie algorytmów?

Algorytmy są powiązane ze sztuczną inteligencją. A na to są zaplanowane pieniądze unijne w Krajowym Planie Odbudowy (KPO). Program ruszy we wrześniu lub październiku.

W KPO obok cyberbezpieczeństwa oraz monitorowania urządzeń telemedycznych będzie projekt tworzenia algorytmów. CEZ będzie pracował z ośrodkami klinicznymi nad ich tworzeniem. Wiele ośrodków już ma takie algorytmy i wykorzystuje je dla własnych celów.

Oczywiście wybór placówek, które otrzymają środki na realizację działań związanych z tworzeniem algorytmów, odbędzie się zgodnie ze ścieżką dopuszczoną przez obowiązujące przepisy.

Na przykład kto stosuje już algorytmy?

Dotychczas mogliśmy poznać rozwiązania m.in. Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Wrocławiu, Lublinie. Szereg rozwiązań przygotował Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach. Instytut Matki i Dziecka w Warszawie ma z kolei system nakierowany na monitorowanie stanu zdrowia kobiety w ciąży oraz dzieci i młodzieży. Cała radiologia ma dużo takich algorytmów, które analizują zdjęcia RTG i potem pomagają tworzyć ich opisy. Tylko teraz są to rozwiązania w bardzo wąskich specjalnościach. A my algorytmy zamawiane na szczeblu rządowym chcemy wykorzystać w bardzo szeroki sposób. Chcemy takimi algorytmami objąć 70 proc. pacjentów.

Komu mają służyć: pacjentom czy lekarzom?

Głównie lekarzom, stanowiąc wsparcie decyzji klinicznych. Ale także mogą pomagać bezpośrednio pacjentom. Na teleplatformie pierwszego kontaktu, przy zapisie do lekarza nocnej lub świątecznej pomocy wprowadzamy „symptom checker” – tak jak wprowadziliśmy przy zapisywaniu się na testy na COVID. Wypełniając ankietę pacjent dowiaduje się, czy może poczekać z wizytą i pójść do lekarza rodzinnego w dzień roboczy, czy może musi zadzwonić po karetę.

Algorytm pomoże wybrać specjalistę?

Nie chcemy tworzyć narzędzi samodiagnostycznych, ale takie, które pomogą w podjęciu pierwszego podstawowego kroku.

Nie boicie się skutków ubocznych? Lekarze mówią, że np. e-radiolodzy, którzy są daleko od pacjenta nie mają motywacji, żeby robić dobre opisy. Działają rutynowo, bazując na wystandaryzowanych formułach. Nie ma zaangażowania, gdy nie ma kontaktu z konkretnym pacjentem...

Podstawą są dane i budowa algorytmu. Jeżeli opisy są złe, to należy się zastanowić nad algorytmem. W stetoskopach też używamy algorytmu. Udoskonaliliśmy go po roku. Aktualizacja to podstawa. Pojawiają się nowe badania, nowe opisy i przede wszystkim sposób dzielenia opisów poprzez tworzenie odpowiednich podgrup algorytmów. Ale głównym elementem jest zasób, na którym algorytm jest stworzony. To nie jest tak, że algorytm tworzy się rok albo dwa. Ośrodki, które się nimi zajmują mówią o procesie ich tworzenia aby były wsparciem.

No właśnie wsparciem.

A co jak człowiek odczytuję rozpoznawanie przypadków? Maszyna będzie się uczyć, a lekarze nie?
Każydy pacjent jest inny, inaczej choruje. I maszyna daje tylko podpowiedź, a nie odpowiedź.

To teoria. Praktyka może być inna. Lekarz będzie zaczynał od podpowiedzi

I bardzo dobrze. Po to jest to narzędzie, które ma wspierać lekarza i dawać szybkie wskazówki.

I nie ma obaw, że odpowiedzialność zostanie przerzucona na maszynę? Jak tego uniknąć?

Są też roboty, które przeprowadzają operacje. Przez to lekarze nie zapominają jak to robić, ale wręcz odwrotnie uczą się. Precyzyjność robotów pozwala spojrzeć na zabieg z całkiem innej perspektywy.

Co z tego że chirurg wie, w którym miejscu ciąć, jeżeli sam tego nie robi, bo robot to za niego robot?

Żeby obsługiwać takiego robota, trzeba być dobrym operatorem. Sztuka jest w ręku lekarza. Robot nie zawsze będzie dostępny. Więc lekarz musi umieć zrobić użytek ze skalpela. Zadałem ostatnio chirurgom podobne pytanie: czy nie zapomną swojej pracy, a oni mi mówili, że uczą się od robota sposobu nacięcia. Możliwe jest szybsze dotarcie do zmienionych chorobowo miejsc, a tym samym zminimalizowanie uszkodzenia tkanki. Robot uczy ich precyzji, którą wykorzystują w tradycyjnym leczeniu.

Sztuczna inteligencja, algorytmy, roboty mają być dopełnieniem wiedzy lekarzy, którzy dzięki temu szybciej i sprawniej będą mogli zająć się chorym. To element pracy.

Kto ponosi odpowiedzialność? Będzie można pozwać maszynę albo jej producenta?

Odpowiedzialność zawsze ponosi lekarz. Narzędzie jest wsparciem w podejmowaniu odpowiedzialnej decyzji.



Kadry i płace

ZWIĄZKI ZAWODOWE Wszczęcie sporu zbiorowego będzie niedopuszczalne bez poparcia co najmniej jednej organizacji reprezentatywnej. Będzie możliwe uprzednie badanie legalności referendum strajkowego **B11**

Mały związek zawodowy nie przeprowadzi strajku

UPRAWNIENIA Niedopuszczalne będzie wszczęcie sporu zbiorowego **bez poparcia co najmniej jednej organizacji reprezentatywnej**. Przepisy umożliwią uprzednie badanie legalności referendum strajkowego

Łukasz Guza
lukasz.guza@infop.pl

Takie rozwiązania ma przewidywać nowa ustawa o sporach zbiorowych, którą przygotowuje Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Z zapowiedzi w wykazie prac legislacyjnych rządu wynika, że spór będzie można wszcząć w każdej sprawie zbiorowej, w której założę reprezentują związki (a nie – jak obecnie – jedynie w kwestiach określonych w ustawie, np. w zakresie warunków pracy). Takie prawo ma przysługiwać wspólnej reprezentacji związkowej, a nie oddzielnie każdej organizacji. W praktyce znacząco ograniczy to rolę mniejszych związków, bo same nie zagrażą firmie ewentualnym strajkiem. Możliwe będzie uprzednie badanie legalności referendum strajkowego, a nie samego sporu. Ten ostatni – co do zasady – ma trwać maksymalnie dziewięć miesięcy.

Wiele wątpliwości

Nie jest to pierwsza próba zmian procedury sporów zbiorowych. Większość z przedstawionych rozwiązań była już zawarta w projekcie nowelizacji,

Zdarza się, że pracodawca osiąga porozumienie z większością związków, jednak spór trwa nadal, bowiem jedna lub kilka organizacji nie zawarły porozumienia

nad którym rząd oraz pracodawcy i związki zawodowe pracowali pięć lat temu. Teoretycznie nowa ustawa nie powinna więc budzić wątpliwości, ale w praktyce partnerzy społeczni zgłaszają znaczące uwagi. Dotyczą one m.in. wprowadzenia wymogu wyłaniania wspólnej reprezentacji związkowej niezbędnej do wszczęcia i prowadzenia sporu. W razie braku porozumienia wszystkich organizacji warunkiem prowadzenia rokowań będzie uczestniczenie co najmniej jednego związku reprezentatywnego.

– Kwestia ta była poruszana m.in. przy okazji prac nad przygotowaniem nowego k.p. i wówczas niektóre związki podkreślały, że taka zmiana ograniczy prawo do strajków. Pozbawione go będą małe organizacje lub mniej liczne grupy zawodowe. Dla przykładu jeśli w jednym szpitalu pielęgniarki mają silny związek, a lekarze słaby, to może okazać się, że ci drudzy sami nie będą mogli wszcząć sporu i doprowadzić do strajku – wskazuje dr Jakub Szmít z Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego, ekspert NSZZ „Solidarność”.

Rząd tłumaczy zmianę m.in. tym, że dany pracodawca może być w sporze zbiorowym z kilkoma, a nawet kilkunastoma organizacjami związkowymi (co jest nierzadkie), a każda z nich przedstawia różne postulaty. – Zdarza się, że pracodawca osiąga porozumienie z większością związków, jednak spór trwa nadal, bowiem jedna lub kilka organizacji nie zawarły porozumienia – uzasadniano w informacji przedstawionej w wykazie.

Wiele przyczyn

W tej kwestii stronę rządową popierają pracodawcy, ale jednocześnie kwestionują niektóre

inne rozwiązania, np. rozszerzenie zakresu prowadzenia sporów. – Obecnie pracodawca zwraca uwagę i monitoruje elementy, które mogą być przedmiotem sporu, czyli np. warunki pracy. Po zmianach każda kwestia związana ze świadczeniem pracy będzie mogła być przedmiotem sporu, co budzi obawy o zapewnienie pokoju społecznego w firmie – wskazuje Katarzyna Siemieniukiewicz, ekspertka Pracodawców RP. Podkreśla, że skoro katalog przyczyn sporu ma być otwarty, to należy uprościć całą procedurę jego prowadzenia.

– Obawy budzi też kwestia zasad, na jakich mogą uczestniczyć w nim osoby wykonujące pracę zarobkową, czyli np. zleceniobiorcy lub samozatrudnieni. Pytanie, jak rezultaty sporu o charakterze pracowniczym, czyli zmiana warunków zatrudnienia, mają być zrealizowane w przypadku stosunków cywilnoprawnych lub działalności gospodarczej? – dodaje.

Odmienne interpretacja

Zatrudniający obawiają się też, że w praktyce po zmianach spory często będą dotyczyć kwestii zarządczych (czyli ich celem będzie np. wymuszenie usunięcia prezesa firmy). Rząd z kolei tłumaczy, że firmy i związki odmiennie interpretują zakres przedmiotu sporu, co stwarza problemy już od początku negocjacji. Zmiany mają te wątpliwości wyeliminować, ale w praktyce wywołają też szersze skutki. Przypomnijmy, że obecnie przepisy nie przewidują uprzedniego badania legalności sporu ani strajku. Zdaniem partnerów społecznych powinno być to możliwe, bo dzięki temu pracownicy i pracodawcy wiedziliby, czy nie narażają się na odpowiedzial-

Spory zbiorowe w Polsce



Spory według sektorów



Zródło: PIP

ność z tytułu działania niezgodnie z prawem. W trakcie wcześniejszych ustaleń (sprzed pięciu lat) wstępnie uzgodniono, że przepisy mają przewidywać możliwość badania legalności przed sądem (w krótkim terminie). Ostatecznie rząd uznał, że skoro nie trzeba będzie określać przedmiotu sporu, to kontroli legalności powinno podlegać już tylko referendum strajkowe.

– Jedną płaszczyzną nieporozumień – czyli przedmiot sporu – rzeczywiście odpadnie. Ale pamiętajmy, że możliwych przesłanek legalności jest więcej i nie dotyczą tylko referendum. Chodzi np. o weryfikację ukończenia przewidzianych przepisami etapów – rokowań, mediacji. Trzeba też pamiętać, że skoro zgodnie z planowanymi zmianami nie każdy związek będzie miał prawo wszcząć spór, to legalność można badać pod kątem podmiotowym. Pracodawca może twierdzić, że referendum było przeprowadzone zgodnie z przepisami, ale nieprawidłowa była reprezentacja związkowa – wskazuje dr Jakub Szmít.

Obawy związkowców budzi też pomysł, aby spór zbiorowy mógł trwać maksymalnie dziewięć miesięcy (z opcją wydłużenia do roku). Jeśli do tej pory nie zakończy się porozumieniem, to z mocy prawa wygaśnie. Związki zawodowe podkreślają, że taki przepis nie uwzględnia np. przypadku, gdy w trakcie upływu wspomnianego terminu będzie trwał strajk. – Bardzo często zdarza się, że to pracodawca przeciąga procedurę sporu. Po zmianach będą mieć jeszcze większą motywację w tym względzie, bo po upływie terminu spór wygaśnie bez winy związków. Tej zmiany raczej nie poprzemy – wskazuje Paweł Śmigielski, dyrektor wydziału prawnointerwencyjnego OPZZ.

Podkreśla, że strona związkowa będzie zabiegać o inne zmiany. – Zależy nam m.in. na wprowadzeniu zasady, że spór można prowadzić z pracodawcą rzeczywistym, a nie formalnym – dodaje. Dzięki temu np. nauczycielskie związki mogłyby wejść w spór z rządem, a nie poszczególnymi dyrektorami szkół.



– *Uważam, że **LEKARZE POWINNI PROWADZIĆ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ DLA INNYCH LEKARZY I PACJENTÓW, A NIE DLA PROKURATORA**, żeby nie mógł się do niczego przyczepić. Tymczasem w Polsce dokumentację medyczną od dłuższego czasu prowadzi się dla prokuratora. Więc jeśli pyta mnie pani, **DLACZEGO WYJECHAŁEM, MOGĘ POWIEDZIEĆ, ŻE TO BYŁA TROSKA O KOMFORT ŻYCIA** – wyznaje dr Kamil Karpowicz, onkolog.*



Rozmawiała **Paulina Socha-Jakubowska**

Dlaczego pan wyjechał do Szwecji?

Powodów jest kilka. Na pewno to nie była decyzja podjęta pochopnie, bo od kilku lat przygotowywałem się do tego.

Kilku lat?

Musiałem odpowiedzieć sobie na pytanie, czy rzucam wszystko i wyjeżdżam od razu, czy lepiej skoń-

Społeczeństwo

czyć specjalizację w Polsce i mieć papier, z którym można pokazać się na świecie. Lekarzom bez specjalizacji, czy w trakcie specjalizacji, trudniej jest odnaleźć się na obcym rynku pracy. Zresztą sam na początku myślałem o wyjeździe do Niemiec, pierwszą barierą, jeszcze wtedy, był mój poziom języka niemieckiego, który nie pozwalał mi na to, by szybko móc się w Niemczech osiedlić i pracować w zawodzie.

Ta druga opcja, czyli zrobienie specjalizacji w Polsce, na co ostatecznie się zdecydowałem, sprawiła, że musiałem jeszcze jakiś czas mieszkać w kraju, w którym z różnych powodów od jakiegoś czasu nie czułem się dobrze.

Bo?

Wyjechałem z kraju także z przyczyn osobistych. Żyję w związku partnerskim, co w Polsce jak wiadomo nie daje mi żadnych praw. Druga kwestia jest taka, że jako lekarz w kraju mógłbym ustawić się finansowo, tyle tylko, że to wymagało ode mnie wyrzeczeń typu – większą część miesiąca spędzam

Społeczeństwo

w pracy. I to było w porządku przez dwa, trzy lata, ale powoli zaczynało być obciążające.

Ile ma pan lat?

34. Ale nie chciałem dłużej tak żyć. Ale wracając do przyczyn osobistych, to odkąd PiS przejął władzę, nie czułem się swobodnie we własnym kraju. Zacząłem rozglądać się za bardziej liberalnym miejscem do życia, w którym o fundamentalne prawa człowieka nie trzeba walczyć. To był główny powód.

Ale do niego dochodziły inne. Na przykład zaostrzenie prawa wobec lekarzy, to, co minister Ziobro próbuje forsować. Chodzi o odpowiedzialność karną lekarzy za nieumyślne spowodowanie zgonu.

W rządzie był spór w związku z tymi planami. Jak pisał „Dziennik Gazeta Prawna”, resort zdrowia ustąpił ministerstwu sprawiedliwości w sprawie błędów medycznych. Zatem będzie możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary, ale odpowiedzialność karna pozostanie w ustawie regulującej kwestię błędów medycznych.

Tymczasem trzeba wiedzieć, że każde zdarzenie medyczne, które zakończy się zgonem, jest nie-

Społeczeństwo

umyślne. Jeśli jest umyślne, mamy do czynienia z psychopatą, który przychodzi do szpitala z myślą, by zabijać ludzi.

Poza tym, jeśli dochodzi do tragedii to najczęściej nie przez jedną osobę, a ciąg różnych zdarzeń, który – owszem – może wynikać z niewiedzy personelu, ale częściej wynika z organizacji pracy w szpitalu, czy też ograniczeń przyjęć, czy ograniczeń lokalowych. To wszystko odbija się na pacjentach. Tyle tylko, że

*osobą, która podpisuje się pod odmową przyjęcia pacjenta z powodu braku miejsc, jest **LEKARZ, A NIE PRACOWNIK NFZ**, czy dyrektor szpitala.*

A później za zgon pacjenta, który wrócił do domu, bo nie został przyjęty do szpitala, obwiniany jest lekarz, a nie dyrektor, który zmniejsza ilość łóżek na oddziale, bo brakuje mu personelu, albo pieniędzy.

Jeżeli lekarz ma za to odpowiadać karnie, z urzędu i grozić ma mu za to więzienie to takich jak ja, lekarzy

szukających innego miejsca do spokojnej pracy, będzie więcej.

Uważam, że lekarze powinni prowadzić dokumentację medyczną dla innych lekarzy i pacjentów, a nie dla prokuratora, żeby nie mógł się do niczego przyczepić. Tymczasem w Polsce dokumentację medyczną od dłuższego czasu prowadzi się dla prokuratora. Tak dzisiaj mówią lekarze.

Więc jeśli pyta mnie pani, dlaczego wyjechałem – podsumowując, mogę powiedzieć, że to była troska o komfort życia.

Rozumiem, że istnieje cały rynek, pośrednictwo pracy dla lekarzy chcących wyjechać z kraju?

Pod koniec specjalizacji zacząłem się kontaktować z firmami headhunterskimi. Wtedy, jak wspomniałem wcześniej, okazało się, że nie tak łatwo znaleźć w Niemczech pracodawcę, który chciałby przyjąć człowieka bez perfekcyjnej znajomości języka, takiego, który niemiecki szlifowałby na miejscu. Przyznam, że nie tego się spodziewałem, bo sądziłem, że niemieckie szpitale dają wszystko, byle tylko ściga-

Spółeczeństwo

gnąć lekarza do siebie, ale ostatecznie takich ofert nie znalazłem. A jeśli już były takie dotyczące onkologii, to w mniejszych ośrodkach. A ja nie chciałem wyprowadzać się do mniejszej miejscowości, gdzieś w Niemczech, tylko po to, by zmienić adres zamieszkania.

I tak zacząłem interesować się Szwecją. Skontaktowałem się z jedną z firm, która w Europie środkowej obsługuje takie zawodowe relokacje. Szukali specjalistów, więc tak naprawdę zaraz po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego pojawiły się dla mnie pierwsze oferty. Jedna z nich była w Goteborgu.

Długo lekarz musi o takie stanowisko walczyć?

Cały proces rekrutacji trwał około pół roku. Najpierw odbywały się rozmowy „zdalne”, potem latałem tam, by poznać pracodawcę. Równolegle chodziłem na kurs szwedzkiego, choć tuż po podpisaniu umowy o pracę – firma pośrednicząca w całym tym przedsięwzięciu zagwarantowała mi intensywne dwumiesięczne szkolenie. To sprawiło, że opanowałem język na tyle, by wyjechać i komunikować się na

*Społeczeństwo*

miejsku z innymi współpracownikami i pacjentami. Może to jeszcze nie był poziom pozwalający na prowadzenie wykładów, ale poza tym – zupełnie wystarczający.

Pierwsze zaskoczenie, tam na miejscu?

Może nie zaskoczenie, a różnica. Mnie to nie dotyczyło, ale w Szwecji nie ma państwowych egzaminów specjalizacyjnych.

SPECJALIZACJA JEST UZNANIOWA,
jeśli kierownik uznaje, że lekarz jest gotowy do pracy jako samodzielny specjalista, dostaje zielone światło.

Są i kolejne: Pracując w Polsce na kontrakcie, prowadziłem jednoosobową działalność gospodarczą. Wielu lekarzy tak pracuje. Od kiedy wszedł Polski Ład i nowe zasady rozliczania z ZUS-em, wielokrotnie wzrosły kwoty, które musiałem oddawać państwu. Wypłata się nie zwiększyła, zwiększyły się podatki i wpłaty do ZUS

Spółeczeństwo

Gdybym musiał zostać w kraju, byłbym w kropce, nie wiedziałbym, co mam robić, czy pracować 400 godzin miesięcznie?

400?

Pracowałem zwykle 300.

Prawie dwa etaty.

W Polsce pracując na kontrakcie, wyrabiając przy takiej umowie, jaką ja miałem, 300 godzin miesięcznie (podstawowy etat od 7 do 15 plus dodatkowo ok. 150 h dyżurów), zarabiałem pewną sumę pieniędzy. W Szwecji, po przeliczeniu koron na złotówki zarabiam porównywalnie, ale za 150 godzin pracy na etacie, nie na kontrakcie. Jeżeli pracujący na kontrakcie chce wyjechać na urlop, musi się liczyć z tym, że za pół miesiąca nie dostanie pieniędzy. Tak wyglądają realia pracy młodych lekarzy w Polsce.

W Szwecji mam dodatkowe świadczenia emerytalne, opiekę medyczną, dostałem dodatkowe pieniądze na relokację – bilety na prom i urządzenie nowego mieszkania. Z tych podatków, które tu płacę, dostaję też coś od państwa.

*Społeczeństwo*

Czyli podsumowując – podstawowy etat w Szwecji można porównać z pracą na kontrakcie w wymiarze 300 h miesięcznie.

Jakie są jeszcze różnice?

Praca w szpitalu w Szwecji wygląda inaczej. W polskiej poradni lekarz onkolog przyjmuje od 20 do 30 pacjentów dziennie. Bo takie jest zapotrzebowanie i tak mało jest onkologów. Każdy z moich kolegów może to poświadczyć. Wizyta trwa krótko, bo trzeba sprawnie i szybko zebrać informacje, zbadać pacjenta, a potem płynnie przejść do papierologii. Najwięcej czasu zajmuje wypełnianie różnych papierów. W onkologii to poświadczenia dla refundacji leków. To główna część pracy lekarza.

W Szwecji pracuję od 8 do 12. Potem następuje obowiązkowa przerwa. I tu kolejna różnica. Lekarz w Polsce je kanapkę, a drugą ręką robi wypis dla pacjenta, który już czeka pod jego drzwiami. Tu pracuje się kilka godzin do przerwy obiadowej i po przerwie kolejne 4 godziny. U mnie wygląda to tak, że do południa jestem na oddziale, ale jako specjalista nie

*Społeczeństwo*

zajmuję się papierkową robotą, a raczej służę pomocą, konsultuję pacjentów prowadzonych przez lekarzy w trakcie specjalizacji. Po obiedzie jest czas na poradnię. Wizyta trwa pół godziny dla pacjenta, który kontynuuje leczenie, i godzinę dla pacjenta pierwszorazowego. Całość dokumentacji jest nagrywana na dyktafon, reszta sekretarek przepisuje to potem.

Pacjent nie dostaje pliku papierków, zaświadczeń z pieczętkami, bo inaczej by nic nie wskórał. Ja dyktuję, że pacjent potrzebuje tomografii przed kolejną wizytą, sekretarka medyczna to spisuje i tak to się toczy. A potem cała dokumentacja dotycząca leczenia jest dostępna na internetowym koncie pacjenta.

Zbędnej dokumentacji tam nie ma. Pacjenci są o wszystkim informowani, mają wgląd w całą historię leczenia.

Pomyślał pan sobie, że trafił do raju dla lekarzy?

To jak wylot na inna planetę, i mentalnie, i jeśli chodzi o organizację pracy. Bo pacjenci i ich choroby są tacy sami. Choć jest różnica dotycząca refundacji leków.

”*W Polsce czeka się kilka lat, zanim wskazania do stosowania leków zostaną uznane, a refundacja może wchodzić w grę. **W SZWECJI PIENIĄDZE NIE ODGRYWAJĄ NADRZĘDNEJ ROLI,***

nie dochodzi do sytuacji, że szpital nie może podać pacjentowi jakiegoś leku. Lekarze skupiają się na tym, by poświęcić pacjentowi jak najwięcej uwagi i wytłumaczyć mu, dlaczego jego choroba przebiega tak, a nie inaczej i czego może spodziewać się po leczeniu.

Lekarze nie walczą z systemem.

Wiedza i doświadczenie lekarzy w Polsce nie odbiegają od europejskich standardów, ale ograniczenia budżetowe mają wpływ na rokowanie dotyczące podjętego przez nich leczenia. Podam przykład: statystyki dotyczące pięcioletniego przeżycia kobiet z rakiem piersi w Polsce wynoszą 70 proc., a w Szwecji 90 proc. I to najwyższy wskaźnik w Europie. Poziom finansowania opieki zdrowotnej wpływa na życie pacjentów.

Społeczeństwo

Wiem, że gdy lekarz opowiada o swojej emigracji, od razu podnoszą się głosy, że powinien zwracać Polsce pieniądze za wykształcenie. Że podatnicy zapewnili mu edukację, a on ma to gdzieś, nie zamierza ich leczyć i ucieka.

Pan takie głosy słyszał?

Uprzedzam fakty, wiem jakie będą komentarze pod tym wywiadem. Ale ja mając 19 lat i decydując się na takie studia, taki zawód, nie podpisywałem żadnego cyrografu. To, co robię, nie jest nieetyczne, bo nie ma żadnych zapisów mówiących o tym, że mam leczyć tylko Polaków. Przysiękałem, że będę leczyć ludzi, a nie że będę leczyć tylko mieszkańców kraju, w którym zdobywałem wykształcenie. Poza tym, ile miałbym przelać panu Kowalskiemu, który żąda, żebym oddawał pieniądze za studia? Ktoś to obliczył?

Wielu pańskich kolegów planuje wyjazd?

Sześciu kolegów z roku już wyjechało. Ale te decyzje są bardzo indywidualne, wpływają na nie choćby kwestie rodzinne. Nie każdy może pozwolić sobie na taki krok. 

© Wszelkie prawa zastrzeżone