

TV (2)

TVN11.07.22 19:16:25

tytuł programu: Fakty

temat: Sytuacja epidemiczna na świecie

MATERIAŁ

TVN2411.07.22 21:09:06

tytuł programu: Polska i Świat

temat: Kadrowa karuzela chirurgów

MATERIAŁ

Psychiatra i onkolog na rezydenturze dostaną więcej

OCHRONA ZDROWIA

Dorota Beker

dorota.beker@infor.pl

Około 200 zł – o tyle więcej zarobią lekarze rezydenci specjalizujący się w dziedzinach uznanych przez resort zdrowia za priorytetowe od ich kolegów, którzy wybrali „zwykłe” specjalizacje.

Takie rozwiązanie zakłada projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury, który został skierowany do konsultacji społecznych. Można mieć wątpliwości, czy przy stawkach rzędu 7 tys. zł brutto jest to wystarczająca zachęta.

Płace rezydentów kształtowane są przez resort zdrowia (który je również finansuje), muszą być jednak zgodne z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1801 ze zm.). Jej ostatnia nowelizacja wprowadziła od lipca kolejne podwyżki, do których trzeba było dostosować stawki. I tak lekarz w ramach „standardowej” specjalizacji będzie mógł liczyć w pierwszych dwóch latach na pensję w wysokości 6739 zł, w kolejnych – 7076. Z kolei przyszli specjaliści z dziedzin priorytetowych mogą liczyć na 6942 zł w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury, po tym czasie – 7211 zł.

Rozporządzenie wskazuje również katalog premiowanych specjalizacji, obejmujący 22 dziedziny – od anestezjologii i intensywnej terapii, przez chirurgię (za-

równio dziecięcą, ogólną, jak i onkologiczną), internę, medycynę rodzinną, pediatrię i neonatologię, onkologię (w tym onkologię dziecięcą, kliniczną, hematologię, radioterapię onkologiczną), medycynę paliatywną, aż po psychiatrię i patomorfologię. Resort zdrowia planuje również premiować stomatologię dziecięcą.

Jak premiowanie konkretnych dziedzin przekłada się na zainteresowanie nimi? Wyniki ostatnich postępowań kwalifikacyjnych na specjalizację pokazują, że resort inwestuje w jedną z najpopularniejszych do niedawna rezydentur, czyli anestezjologię i intensywną terapię, która jeszcze w jesiennej rekrutacji w 2021 r. była czwartą z kolei najchętniej wybieraną dziedziną. Podobną zależność widać w przypadku psychiatrii. Jednak nie wszystkie priorytetowe dziedziny cieszą się popularnością. Przykładem jest chirurgia ogólna, w której – jak informowało Porozumienie Chirurgów Skalpel – na 97 miejsc w tej dziedzinie tylko 30 zostało obsadzonych. Zupełnie „niechciane” specjalizacje to choćby geriatria czy medycyna paliatywna, w których podczas ostatniej rekrutacji nie otwarto ani jednej rezydentury.

Inaczej sytuacja wygląda w przypadku radiologii – o ile w ostatnich turach postępowań kwalifikacyjnych minister zdrowia każdorazowo przyznawał po kilka dodatkowych miejsc w każdym województwie, o tyle nie będzie ona premiowana jako specjalizacja priorytetowa. ©

Etap legislacyjny

Projekt przekazany do konsultacji społecznych

Resort zdrowia zapewnia, że kontynuuje profilaktykę onkologiczną

OCHRONA ZDROWIA

Agata Szczepańska
agata.szczepanska@infor.pl

Profilaktyczne programy onkologiczne będą kontynuowane, zwiększane jest ich finansowanie – zapewnia resort zdrowia w odpowiedzi na medialne doniesienia o wstrzymaniu badań. Skąd wzięły się te informacje? Być może stąd, że zmienia się dotychczasowa formuła Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznego uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory

złośliwe – wcześniej były one realizowane w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, teraz ich finansowanie przejmuje NFZ.

Podczas wczorajszego briefingu Wojciech Andrusiewicz, rzecznik Ministerstwa Zdrowia, przypomniał, że resort informował o tej zmianie już pod koniec zeszłego roku, uprzedzając, że w dotychczasowej formule program będzie funkcjonować maksymalnie do końca sierpnia br. Podkreślił, że 8 czerwca br. resort wysłał

pismo do wszystkich jego operatorów, przypominając o zmianach, z prośbą o aneksowanie umów do czasu przejęcia programu przez NFZ.

O tym, że resort wstrzymuje program, poinformowały w piątek „Fakty” TVN. Podawano przykład szpitala klinicznego w Poznaniu, który z tego względu zawiesił wykonywanie badań profilaktycznych w kierunku dziedzicznych nowotworów. Resort jeszcze w weekend te infor-

macje zdementował. Wczoraj rzecznik MZ wyjaśniał, że dyrekcja wspomnianego szpitala w odpowiedzi na pismo z resortu wysłała

aneks, w którym prosi o zwiększenie finansowania o ok. 150 tys. zł. Zanim otrzymała odpowiedź, ukazał się materiał informujący o wstrzymaniu badań.

Wojciech Andrusiewicz podkreślał, że nakłady na profilaktykę onkologiczną są zwiększane. – Po zmianach przeznaczymy na ten cel

w ciągu pół roku aż 54 mln zł (wcześniej roczny koszt wynosił ok. 25–27 mln zł) – mówił. Do programu są wprowadzane też nowe badania genetyczne.

Przypomnijmy, że w kwietniu resort skierował do konsultacji projekt nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, który miał wprowadzić do ambulatoryjnego koszyka programy profilaktyczne dotychczas realizowane na podstawie Narodowe-

go programu zwalczania chorób nowotworowych, zastąpionego przez Narodową strategię onkologiczną (pisaaliśmy o tym w DGP nr 75/2022, „Profilaktyczna kolonoskopia raz na 10 lat, opieka dla obciążonych ryzykiem”). Przeniesienie miało zapewnić im ciągłość, bo w dotychczasowej formule miały być realizowane do końca czerwca. Po tym terminie ich finansowanie powinien przejąć NFZ. Proces legislacyjny się jednak dotąd nie zakończył, co mogło wywołać niepokój.

Wiecej na:
www.gazeta-prawna.pl

Program dla kobiet szczególnie narażonych na raka

Te pacjentki nie mogą czekać

Część pacjentek straciła możliwość korzystania z programu darmowych badań dla osób szczególnie zagrożonych nowotworami. Lekarze boją się, że od września będzie jeszcze gorzej – zamiast badania od ręki czekanie miesiącami w kolejce

Anita Karwowska

Ogólnopolski program dla pacjentów obciążonych ryzykiem zachorowania na nowotwory złośliwe opracowany został pod koniec lat 90. minionego wieku. – Uratował tysiące osób przed zachorowaniem albo pomógł wcześniej wykryć i skutecznie leczyć nowotwór – mówi twórca programu prof. Jan Lubiński, kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.

Nowe zasady od września

W Polsce około 3 mln osób zagrożonych jest nowotworem ze względów genetycznych. Chodzi o raka piersi, jajnika, trzonu macicy, jelita grubego. Na badania pozwalające wychwycić takich pacjentów

i poddać ich specjalistycznej opiece Ministerstwo Zdrowia wydawało rocznie 25 mln zł. Zainteresowanie diagnostyką było tak duże, że resort zdecydował przerzucić finansowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia. Nowe zasady mają zacząć obowiązywać od 1 września.

Lekarze alarmują, że wskutek zmian część pacjentek straciła możliwość skorzystania z badania. Z treści pisma rozesłanego do szpitali przez resort wynikało, że diagnozowane mogą być tylko te osoby, które były zapisane w kolejce już w czerwcu. – Nie ma możliwości, byśmy włączali do programu kolejne czy prowadzili badania pacjentek, które miały zaplanowaną diagnostykę w lipcu lub sierpniu – mówił w TVN 24 prof. Radosław Mądry z Kliniki Onkologii Szpitala Klinicznego w Poznaniu.

W piątek minister zdrowia Adam Niedzielski poradził pacjentkom z grup ryzyka, by w tym czasie zapisywały się do zwykłych, a więc dużo dłuższych kolejek na badania profilaktyczne. W weekend Ministerstwo Zdrowia zmieniło wersję. – Program działa, a po zmianach zwiększymy jego finansowanie do 54 mln zł na pół roku – zapewnił w poniedziałek rzecznik resortu Wojciech Andrusiewicz.

Lekarze: Czekają nas kłęska

Jak ustalił TVN, problem dotyczy Zielonej Góry i Poznania. W przypadku pozostałych ośrodków urzędnicy zinterpretowali pismo z resortu na korzyść czekających na lipcowe lub sierpniowe badania pacjentów. – Nam udało się to z urzędnikami wyjaśnić i program działa bez zakłóceń – mówi nam prof. Lubiński.

W Polsce około 3 mln osób zagrożonych jest nowotworem ze względów genetycznych

Pozostają obawy o to, jak badania będą realizowane od września. NFZ ma czas do końca sierpnia na przeprowadzenie konkursów na świadczeniodawców. – Nie wiemy, jak świadczenia będą wycenione oraz czy będzie to wydzielony program gwarantujący szybki dostęp do badań, czy też te pacjentki trafią do kolejki razem z innymi pacjentami. Bez szybkiej ścieżki czeka nas kłęska – mówi prof. Lubiński.

Ministerstwo szczegółów na razie nie podaje. W mailu do „Wyborczej” resort pisze ogólnikowo: „Wypracowane zmiany umożliwią identyfikację osób z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory dziedziczne oraz objęcie ich specjalistyczną opieką przez konsultacje i cykliczne badania diagnostyczne”.

Z danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem wynika, że zachorowalność na raka piersi w Polsce wynosi 68,7 przypadku na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy dla całej Europy ten wskaźnik wynosi 74,3. Ale umieralność jest o 10 proc. wyższa niż unijna średnia. To efekt później diagnostyki i gorszego dostępu do nowoczesnych terapii. ●



Kadry i płace

OCHRONA ZDROWIA Przychodnie prześcignęły szpitale pod względem liczby kierowanych pod ich adresem skarg. Pacjenci skarżą się na łamanie ich prawa do porady i badania **B10**

Pacjenci skarżą się na głuchy telefon

OCHRONA ZDROWIA Przychodnie prześcignęły szpitale pod względem kierowanych pod ich adresem skarg. Z raportu rzecznika praw pacjenta wynika, że najczęstszym ich powodem jest **problem z wyegzekwowaniem prawa do porady lub badania**

Dorota Beker
dorota.beker@infpol.pl

Z danych udostępnionych właśnie przez RPP wynika, iż w ubiegłym roku pacjenci kontaktowali się z prowadzoną przez rzecznika infolinią dwukrotnie częściej niż przed pandemią. W 2019 r. było to 66,5 tys. zgłoszeń, w 2021 r. – 133 tys. Najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy dużych województw (choć aż 58 proc. dzwoniących nie podało swojej lokalizacji, zastrzegając anonimowość danych) – najczęściej z województwa mazowieckiego, dolnośląskiego i lubuskiego, najrzadziej – podkarpackiego, lubelskiego i świętokrzyskiego.

Czym jest to spowodowane? Zdaniem rzecznika może być to zależne od liczby mieszkańców i podmiotów leczniczych w poszczególnych regionach, a co za tym idzie – liczby udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych. – Warto zapewne rozważyć również poziom świadomości społecznej w zakresie praw pacjenta. Konieczna jest w tym zakresie głębsza analiza i badania nad czynnikami mającymi wpływ na mniejszą liczbę zgłoszeń – czytamy w raporcie.

Na podstawie rozmów z pacjentami Biuro RPP wystąpiło z ok. 8,4 tys. interwencji telefonicznymi i ok. 3,8 tys. interwencji pisemnymi. Jest to wzrost o ok. 50 proc. w porównaniu z 2020 r.

POZ przegoniła szpitale

Okazuje się również, że o ile jeszcze w 2018 r. to leczenie szpitalne było głównym źródłem skarg (32,2 proc.), to z każdym rokiem liczba tego rodzaju zgłoszeń maleje. Z kolei odwrotnie sy-

tuacja wygląda w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). W 2018 r. udział interwencji w sprawie POZ stanowił 14,4 proc., gwałtowny wzrost odnotowano w 2020 r. (28,4 proc.), zaś w 2021 r. było to już 26,6 proc., czyli ponad jedna czwarta ogólnej liczby skarg. Z raportu wynika również, że 40 proc. interwencji pisemnych i telefonicznych RPP miało miejsce właśnie w placówkach POZ.

Jak wskazuje Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie (PZ), taki wynik przychodni POZ może wynikać z dwóch kwestii: ogólnej liczby świadczeń, do których udzielania są one zobowiązane, oraz stosunku ich liczby do liczby lekarzy tam pracujących. – W ubiegłym roku lekarze POZ odbyli ok. 160 mln wizyt. Do tego trzeba doliczyć np. wizyty pielęgniarskie czy profilaktykę. Z tej perspektywy wiadać, że ogólnie kontaktów z pacjentami jest w POZ zdecydowanie więcej niż w innych segmentach – choć nie zawsze są one tak poważne jak na innych poziomach systemu, jeśli chodzi o kwestie zdrowotne. Moim zdaniem dość przewidywalna jest zależność, że im więcej wizyt, tym więcej potencjalnych skarg – podkreśla.

Wtórnie mu Andrzej Zapaśnik, kierownik przychodni BaltiMed w Gdańsku, ekspert PZ. – Jeżeli POZ sobie nie radzi, to wyłącznie dlatego, że jest przeciążony pracą strukturalnie. Mamy duże niedobory kadrowe. Dochodzi do sytuacji, w których lekarz przyjmuje nawet 50 pacjentów dziennie, a powinien maksymalnie 25. I zamiast 15 minut, może poświęcić pacjentowi 5–10. A to

niestety musi rodzić pewne zagrożenie dla jakości udzielanych świadczeń – ocenia.

Choć, jak zwraca uwagę Jacek Krajewski, zdecydowana większość skarg nie dotyczy samego leczenia, ale kwestii organizacyjnych (np. problemów z dozwonieniem się czy osobistym badaniem). Rzeczywiście z raportu wynika, że pacjenci zwracali uwagę głównie na trudności z dostępem do lekarzy (61,8 proc.), problemy przy korzystaniu z rejestracji na wizytę lub laboratorium (28,2 proc.), z dozwonieniem się do placówki, z brakiem kolejnych wyznaczanych przez przychodnię telefonów do badań.

Lekarze POZ wskazują jednak, że w pandemii w niektórych przychodniach liczba połączeń wzrosła o 50 proc., a łączny czas rozmów był nawet dwukrotnie dłuższy.

Do tego dochodziło również więcej połączeń wychodzących z przychodni, bo one również w pewnym zakresie przyjęły system zdalnego komunikowania się z pacjentami. – Musieliśmy znacznie zwiększyć grono osób, które zajmowały się obsługą telefoniczną pacjentów, a i tak uzyskiwaliśmy niesatysfakcjonujące wskaźniki (w postaci np. liczby nieodebranych połączeń) i pojawiały się skargi. Obecnie pandemia została odwołana, jednak przyzwyczajenie, że większość rzeczy załatwia się telefonicznie, pozostało – podkreśla Andrzej Zapaśnik.

Walka o wgląd do dokumentów

Z raportu wynika, że w dalszym ciągu głównym proble-

Na co się skarżymy najczęściej?



mem pacjentów jest niemożność zrealizowania prawa do świadczenia medycznego. Jak podkreślają autorzy, od lat jest to przyczyna przeważającej liczby zgłoszeń na infolinię. Również w 2021 r. 53 proc. skarg dotyczyło tej kwestii, zwłaszcza w kontekście odwoływania zaplanowanych wizyt, zabiegów czy diagnostyki.

Dość zaskakująca jest jednak druga pozycja w rankingu najczęściej wskazywanych przez pacjentów problemów. Okazuje się bowiem, że prawie 9 proc. zgłoszeń dotyczyło prawa dostępu do dokumentacji medycznej. Pacjenci napotykali trudności w uzyskaniu własnej dokumentacji, odmawiano im też wydania dokumentacji medycznej osoby zmarłej. Pojawiały się również zgłoszenia związane np. z długością oczekiwania na jej uzyskanie, pobierania niezgodnych z przepisami opłat za udostępnienie czy też zastrzeżenia co do zamieszczonej w niej treści.

Dorota Korycińska, prezes Stowarzyszenia Neurofibromatozy Polska, podkreśla, że

o ile nie słyszała o oficjalnych skargach pacjentów w tym zakresie, o tyle w mediach społecznościowych często pojawiają się wątki dotyczące tej kwestii. – Z rozmów z pacjentami wynika, że w różnych placówkach różnie to wygląda. Za każdym razem mnie zdumiewa, że ktoś ma problem, aby uzyskać potrzebne dokumenty, ale również że boi się o nie poprosić. Choć może to także wynikać z prostego faktu, że często pacjenci nie znają swoich praw i potrzebna jest edukacja – podkreśla.

Z kolei Jacek Krajewski podkreśla, że największym przeciwnikiem placówek w tym zakresie jest... czas. Wskazuje, że kopiowanie papierowej dokumentacji zabiera go sporo. Zaś nawet jeśli jest ona prowadzona w formie elektronicznej, to albo obejmuje wyłącznie kilka ostatnich lat historii leczenia, albo wymaga przejrzenia i zadecydowania o tym, co powinno zostać wydane. – Plus, w porównaniu z innymi obowiązkami POZ, na pewno nie jest to pilne świadczenie – argumentuje.

COVID-19

KONIEC WAKACJI OD KORONAWIRUSA

W ciągu ostatnich siedmiu dni zdiagnozowano w Polsce ponad 4,8 tys. zakażonych COVID-19.

Wskaźnik reprodukcji koronawirusa wynosi już 1,7, co oznacza, że pandemia się rozwija. Ostatnio tak wysoko byliśmy podczas fali z początku tego roku.

Wzrost liczby zakażeń to nie jest problem wyłącznie Polski ▶ 3

FOT. SHUTTERSTOCK

Liczba potwierdzonych zakażeń w Polsce



Koniec wakacji od koronawirusa



Mamy tyle zakażeń co w kwietniu, a wskaźnik reprodukcji wirusa jest na poziomie ze stycznia 2022 r.

Danuta Pawłowska, Alicja Gadomska

To nie jest błąd, nie publikujemy dziś przez pomyłkę materiału o pandemii z wakacji w 2020 ani 2021 r. Jest początek lipca 2022 r. i wskaźnik reprodukcji wirusa COVID-19 wynosi w Polsce już 1,7.

Dla przypomnienia – jeśli jest mniejszy od jedności, to pandemia wygasa, ale jeśli przekracza 1, to oznacza, że każdy chory zakaża więcej niż jedną osobę, a tym samym można mówić, że epidemia wciąż się rozwija. Ostatnio tak wysoko byliśmy podczas fali z początku tego roku – wskaźnik wynosił wtedy 1,66.

W poniedziałek 11 lipca mieliśmy potwierdzonych 227 nowych przypadków koronawirusa.

W sumie w ciągu ostatnich siedmiu dni zdiagnozowano ponad 4,8 tys. zakażonych COVID-19. W ubiegłym tygodniu aż trzy razy przekraczaliśmy barierę tysiąca nowych przypadków.

Rok temu, w lipcu 2021 r., tylko przez kilka dni było po ponad 100 zdiagnozowanych przypadków na dobę. Bariere tysiąca nowych chorych osiągnęliśmy dopiero po wakacjach, na koniec września 2021 r. Mieliśmy wtedy po około 1200 przypadków dziennie.

Siedmiodniowa średnia wynosiła w poniedziałek 847 przypadków i jest o 76 proc. wyższa niż tydzień wcześniej. Ostatnio ten wskaźnik był tak wysoki na koniec kwietnia tego roku.

Gdzie już widać kolejną falę koronawirusa?

To nie jest problem wyłącznie Polski. W notowanej liczbie zakażeń przodują dziś kraje wakacyjne. W większości europejskich państw współczynnik reprodukcji wirusa przekracza jeden. W Hiszpanii wynosi 1,53; we Włoszech – 1,3, we Francji – 1,5.

Na fali wznoszącej jest też Cypr, gdzie w ubiegłym tygodniu zdiagnozowano prawie 15 tys. nowych przypadków COVID-19. Warto dodać, że w pełni zaszczepionych jest tam 73 proc. mieszkańców. Dla porównania: w Polsce mamy zaszczepionych 60 proc. populacji.

Spśród pozostałych europejskich krajów najwyższą siedmiodniową średnią z dobowej liczby zakażeń jest we Francji – ponad 1,9 tys. nowych przypadków na milion mieszkańców. W Grecji ten wskaźnik wynosi prawie 1,7 tys., a we Włoszech zdiagnozowano prawie 1,6 tys. nowych przypadków na milion mieszkańców, w Hiszpanii – 475.

Polska na tle Europy – na papierze – wygląda jeszcze zupełnie spokojnie. Mamy nieco ponad 20 potwierdzonych przypadków na milion mieszkańców. Dlaczego tak mało? W połowie maja odwołano stan epidemii, a jeszcze wcześniej, od 1 kwietnia, zaprzestano w Polsce masowego testowania. Pacjent na wymaz jest kierowany dopiero po zbadaniu przez lekarza rodzinnego. Liczba diagnoz jest powiązana z liczbą testów, więc kto zbil termometr, ten nie dowie się o chorobie.

We Francji robią średnio dziennie trzy testy na tysiąc mieszkańców, nieco więcej we Włoszech, a w Grecji prawie 9. W Polsce w niedzielę wykonano nieco ponad 2 tys. testów – to daje 0,05 testów na tysiąc mieszkańców, czyli przetestowaliśmy 180 razy mniej próbek niż na przykład w Grecji.

Stosunkowo niską liczbę nowych przypadków raportuje też Chorwacja. Siedmiodniowa

• W sumie w ciągu ostatnich siedmiu dni zdiagnozowano ponad 4,8 tys. zakażonych COVID-19. Na zdjęciu: szczecińskie kąpielisko, 18 czerwca 2022 r.

FOT. Cezary Aszkiewicz / AGENCJA WYBORCZA.PL

Pandemia wraca

847

PRZYPADKÓW ZAKAŻEN

• wynosiła wczoraj siedmiodniową średnią i była o 76 proc. wyższa niż tydzień wcześniej. Ostatnio ten wskaźnik był tak wysoki na koniec kwietnia tego roku

Nadmiarowe zgony

• Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że od początku czerwca z powodu COVID-19 zmarło w Polsce 137 osób. Wśród nich byli także pacjenci z chorobami współistniejącymi.

• Jednak od początku pandemii miarą rozmiaru kryzysu są wszystkie zgony, nie tylko te związane z COVID-19, lecz również ofiary powikłań w chorobach przewlekłych, niewydolności służby zdrowia, utrudnionego dostępu do specjalistów i braku diagnoz.

• W ciągu ostatnich czterech tygodni zmarło w Polsce 30,5 tys. osób. W ubiegłym roku było gorzej, w tym samym okresie zmarło 32,5 tys. mieszkańców Polski.

średnia to 270 przypadków na milion mieszkańców, ale podobnie jak w Polsce wynika to z dziurawego systemu testowania. Chorwaci robią tylko 0,37 testu na tysiąc mieszkańców.

Na początku czerwca Portugalia odnotowała wzrost liczby przypadków – przy testowaniu na poziomie pięciu testów na tysiąc mieszkańców mieli nawet po 3 tys. zakażeń na milion mieszkańców. Teraz jednak już ta czerwcową falę opada, a współczynnik reprodukcji wirusa wynosi tam 1,2 – i jest jednym z najniższych w Europie.

Wakacje od ograniczeń

Mimo obserwowanych wzrostów liczb zachorowań większość państw europejskich na razie nie wraca do obostrzeń czy funkcjonowania restrykcji wobec podróżnych. Wraz z początkiem lipca ze sprawdzania przyjeżdżnym certyfikatów szczepionkowych i wyników testów zrezygnowała Portugalia. Na przyjazd turystów całkowicie otworzyły się też m.in. Niemcy, Słowenia, Słowacja, Norwegia, Szwecja, Szwajcaria, Austria, Grecja, Cypr, Bułgaria czy nawet Włochy. W niektórych krajach, takich jak Niemcy, Włochy czy Portugalia, obowiązują jednak niewielkie obostrzenia, takie jak obowiązek noszenia maseczek w środkach transportu publicznego, szpitalach czy domach opieki. Rządy Niemiec, Hiszpanii czy Francji zalecają też korzystanie z maseczek w publicznych pomieszczeniach zamkniętych. Na razie jednak rozwiązanie to nie jest obowiązkowe.

Z obowiązku okazania paszportu covidowego przez wszystkich podróżnych wjeżdżających do kraju nie zrezygnowały Francja i Malta. Turystów odwiedzających Francję obowiązuje też wypełnienie formularza Passenger Locator Form. Hiszpania i Holandia także wymagają certyfikatu covidowego, jednak jedynie od obywateli państw spoza Unii i strefy Schengen. •

PROJEKT

DPS prawie jak przychodnia

Dom pomocy społecznej będzie mógł wykonywać działalność leczniczą.

KATARZYNA WÓJCIK

W domach pomocy społecznej ma się pojawić więcej pielęgniarek. Jeśli placówka zdecyduje się wykonywać działalność leczniczą polegającą na udzielaniu swoim mieszkańcom ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, koszty zatrudnienia personelu sfinansuje NFZ. Tak wynika z projektu nowelizacji ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o działalności leczniczej.

DPS będzie mógł wystąpić do wojewody jako organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą z wnioskiem

o wpis do rejestru. Po spełnieniu warunków wykonywania działalności leczniczej (m.in. dysponowanie odpowiednimi pomieszczeniami i urządzeniami, zatrudnianie osób wykonujących zawód medyczny, np. pielęgniarek) i zawarciu umowy ubezpieczenia OC, DPS będzie mógł podjąć działalność leczniczą.

Obecnie domy pomocy społecznej mają problem z zatrudnieniem wykwalifikowanego personelu. Pensje pielęgniarek i pozostałych pracowników finansują samorządy i są one dużo niższe niż w przychodniach. Dom pomocy społecznej nie jest bowiem uprawniony do prowadzenia działalności leczniczej.

Na podstawie art. 58 ustawy o pomocy społecznej na

DPS został jednak nałożony obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń należnych na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego. Dyrektor DPS ma więc umożliwić mieszkańcowi wybór lekarza i pielęgniarki POZ. Przychodnie często odmawiają objęcia mieszkańców DPS opieką ze względu na zbyt wysokie obciążenie personelu obowiązkami. Zgodnie z danymi z 2021 r. zaledwie 57 proc. mieszkańców domów pomocy społecznej ma zapewnioną opiekę pielęgniarską w podstawowej opiece zdrowotnej. /©©

Etap legislacyjny: konsultacje publiczne

Farmaceuta chroniony jak funkcjonariusz publiczny

FARMACJA

Inga Stawicka
inga.stawicka@infor.pl

Lepsza ochrona farmaceutów oraz techników farmaceutycznych zatrudnionych w aptekach przed atakami zarówno werbalnymi, jak i fizycznymi – taki jest cel wchodzącej dziś w życie nowelizacji. Zgodnie z nowymi przepisami, jeżeli klient apteki dopuści się znieważenia lub napaści wobec osób wykonujących takie zawody, będzie odpowiadał jak za atak na funkcjonariusza publicznego.

O potrzebie zapewnienia lepszej ochrony od zeszłego roku

mówili przede wszystkim sami farmaceuci. Bezpośrednim impulsem do tego typu rozważań była agresja klientów, związana zwłaszcza z nieprzestrzeganiem covidowych obostrzeń. W jednej z aptek w Zgorzelcu zwrócenie przez farmaceutę uwagi na konieczność noszenia maseczki w placówce skończyło się pobiciem przez agresywnego pacjenta. I choć w sprawie nowelizacji resort zdrowia był początkowo sceptyczny, ostatecznie posłowie niemal jednomyślnie przyjęli nowe przepisy w toku procesu ustawodawczego. Zmiany obejmują dwie ustawy: o zawodzie farmaceu-

ty (Dz.U. z 2022 r. poz. 184) oraz prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 1977). Warto przypomnieć, że według przepisów kodeksu karnego za znieważenie funkcjonariusza publicznego grozi kara grzywny, ograniczenia wolności lub nawet pozbawienie wolności do roku.

Jak podkreśla Marcin Repelewicz, prezes Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej i jeden z głównych inicjatorów nowelizacji, nowe przepisy i wprowadzenie ochrony prawnej dla farmaceutów i techników farmaceutycznych są adekwatną odpowie-

dią państwa na nasilające się ataki oraz agresję wobec przedstawicieli zawodu.

– Z agresywnym zachowaniem w aptekach spotykamy się nie tylko w związku z obostrzeniami związanymi z pandemią COVID-19, lecz także z licznymi innymi powodami, od wielu lat. Wprowadzenie surowszych konsekwencji karnych oraz ściganie sprawców przez prokuraturę z urzędu ma na celu nie tylko ułatwienie wymierzania kary potencjalnym napastnikom, ale przede wszystkim ma mieć działanie prewencyjne i ostrze-

gawcze – zaznacza Repelewicz. Jak zapewnia, gorąco wierzy w to, że podobnie jak w przypadkach innych chronionych zawodów medycznych liczba groźnych, a wręcz – nie bójmy się tego nazwać – przestępczych incydentów, których celem mogą się stać farmaceuci, drastycznie spadnie.

– Aby móc pomagać pacjentom, pracownicy aptek muszą czuć się bezpiecznie w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych – kwituje prezes DIA.

Współpraca Jakub Styczyński

Etap legislacyjny
Ustawa wchodzi w życie

Więcej na
www.gazeta-prawna.pl

NOWE PRAWO

ZDROWIE

Farmaceuta pod ochroną

Farmaceute i technikowi farmaceutycznemu w czasie pracy przysługuje ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu. Tak wynika z wchodzącej w życie nowelizacji ustawy o zawodzie farmaceuty. Przyjęte rozwiązania są odpowiedzią na przypadki napaści na farmaceutów w aptekach. Podłożem większości była motywacja rabunkowa, ale zdarzało się też, że agresja wynikała ze sprzeciwu wobec ograniczeń epidemicznych. Ataki, nie tylko słowne, zdarzały się zwłaszcza w związku z egzekwowaniem obowiązku noszenia maseczek w aptekach.

-kwa

Podstawa prawna: ustawa z 12 maja 2022 r. (DzU z 27 czerwca 2022 r., poz. 1344)