

RADIO (1)

Radio TOK FM01.08.22 17:23:28

tytuł audycji: Wywiad polityczny

temat: Rozmowa z Łukaszem Jankowskim

MATERIAŁ

TV (5)

TVN2401.08.22 21:32:35

tytuł programu: Polska i Świat

temat: Sytuacja epidemiczna w Polsce

MATERIAŁ

TVN0101.08.22 19:14:29

tytuł programu: Fakty

temat: Szczepienia na koronawirusa

MATERIAŁ

Polsat News01.08.22 21:09:23

tytuł programu: Raport

temat: Fałszywe dokumenty do pracy w gastronomii

MATERIAŁ

TVN2402.08.22 10:09:04

tytuł programu: Serwis informacyjny

temat: Problemy finansowe placówki medycznej w Mikołowie

MATERIAŁ

TVPinfo02.08.22 03:05:05

tytuł programu: Teleexpress

temat: 78. rocznica Powstania Warszawskiego

MATERIAŁ

SŁUŻBA ZDROWIA KTO NAS BĘDZIE LECZYŁ?

Lekarze emigrują, za granicą lepiej

Nicole Młodziejewska
Zdrowie

Tylko od początku tego roku do 30 czerwca Naczelna Izba Lekarska wydała 445 zaświadczeń dotyczących postawy etycznej potrzebnych do podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. To prawie tyle, ile w całym 2021 roku - 486.

W województwie wielkopolskim dane te są jednak mniej zatrważające, ale lekarze i tak mówią, że jest źle. Bo nawet jeśli odejść jest mało, to w niektórych specjalnościach średnia

wieku lekarzy jest bliska... wieku emerytalnego.

- W Wielkopolsce nie możemy mówić o wyraźnym trendzie wzrostowym, liczba lekarzy pobierających dokumenty pozwalające ubiegać się o pracę za granicą utrzymuje się na zbliżonym poziomie - tłumaczy Przemysław Ciupka, rzecznik Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Podkreśla on również, że trudno mówić o konkretnych powodach takich decyzji, ponieważ występujący o zaświadczenia nie są zobowiązani do ich uzasadniania. - Możemy się tylko domyślać, że motywację

do opuszczenia kraju stanowią lepsze warunki pracy, bardziej przyjazne otoczenie prawne czy wyższe zarobki - dodaje rzecznik WIL.

Podobne powody podaje prof. Iwona Mozer-Lisewska, ordynator oddziału zakaźnego w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia.

- Chodzi przede wszystkim o warunki pracy i odpowiedzialność karną. Przecież pacjenci są obecnie coraz bardziej roszczeniowi, a za wszystko musi odpowiadać lekarz - mówi.

Czytaj str. 3

Lekarze odchodzą. Kto będzie nas leczył w kolejnych latach?

Nicole Młodziejewska
Zdrowie

Wyjeżdżają za granicę, bo tam nie ponoszą odpowiedzialności. Przechodzą do przychodni, bo tam praca jest spokojniejsza. Fala odejść lekarzy zaczęła wzbierać. Kto będzie nas leczył w szpitalach?

Niedługo zabraknie nam lekarzy? To niestety może okazać się prawdą, ponieważ coraz więcej polskich medyków decyduje się na podjęcie pracy poza granicami naszego kraju. Jak podali dziennikarze portalu rynekzdrowia.pl, tylko od początku tego roku do 30 czerwca Naczelna Izba Lekarska wydała 445 zaświadczeń dotyczących postawy etycznej potrzebnych do podjęcia pracy w krajach Unii Europejskiej. To prawie tyle, ile w całym 2021 roku - 486.

W województwie wielkopolskim dane te są jednak mniej zaskakujące. Bowiem od początku roku Wielkopolska Izba Lekarska wystawiła 37 zaświadczeń - 24 lekarzom i 13 lekarzom denty stom. W analogicznym okresie ubiegłego roku zaświadczenia pobrało 22 lekarzy i 13 lekarzy denty stom z Wielkopolski, a w całym 2021 roku - 39 lekarzy i 16 lekarzy denty stom. W 2020 roku zaświadczenia trafiły do 40 osób (32 lekarzy i 8 lekarzy denty stom).

- W Wielkopolsce nie możemy mówić o wyraźnym trendzie wzrostowym, liczba lekarzy pobierających dokumenty pozwalające ubiegać się o pracę za granicą utrzymuje się na zbliżonym poziomie. Wyjątkiem był rok 2020, w czasie którego, w związku z wybuchem pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, liczba wydanych zaświadczeń zauważalnie spadła - tłumaczy Przemysław Ciupka, rzecznik Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.



Polscy lekarze wolą pracować za granicą. Od początku roku do końca czerwca w Polsce wnioski o zaświadczenia umożliwiające pracę w innym kraju złożyło 445 medyków

Podkreśla on również, że trudno mówić o konkretnych powodach takich decyzji, ponieważ występujący o zaświadczenia nie są zobowiązani do ich uzasadniania. - Możemy się tylko domyslać, że motywacją do opuszczenia kraju stanowią lepsze warunki pracy, bardziej przyjazne otoczenie prawne czy wyższe zarobki - dodaje rzecznik WIL.

Podobne powody podaje prof. Iwona Mozer-Lisewska, ordynator oddziału zakaźnego w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. J. Strusia.

- Chodzi przede wszystkim o warunki pracy i odpowiedzialność karną. Przecież pacjenci są obecnie coraz bardziej roszczeniowi, a za wszystko musi odpowiadać lekarz. Wiadomo, że ryzyko powikłań jest wkalkulowane w każdy zabieg i w każdą procedurę medyczną. A jak wiemy, są kraje, w których lekarz nie ponosi odpowiedzialności - mówi prof. Mozer-Lisewska.

Jak się jednak okazuje, emigracja lekarzy to nie jedyna składowa problemów kadrowych. Te najpewniej w pierwszej kolejności objawiają się w szpitalach,

gdzie już teraz zauważa się odejścia lekarzy do innego rodzaju placówek medycznych.

- Wiele osób odchodzi obecnie do podstawowej opieki zdrowotnej, do przychodni. To są przede wszystkim młode osoby, które stoją przed wyborem czy pracując mieć czas, by zakładać rodzinę, czy wybrać „harówkę” w szpitalu i 24-godzinne dyżury.

Co więcej, jak podkreśla ordynator oddziału zakaźnego, problemem dla obecnej ochrony zdrowia jest także wiek lekarzy.

- Zespół wykrusza się również ze względu na wiek emerytalny. Średnia wiekowa jest bardzo wysoka. U zakaźników wynosi ona 60 lat. Na moim oddziale najmłodszy lekarz ma 50 lat - mówi prof. Mozer-Lisewska.

Jak wynika z relacji ordynator oddziału zakaźnego w szpitalu miejskim, młodzi ludzie dziś nie chcą pracować w jednym miejscu, nie chcą się zakotwiczać.

- Stając przed wyborem pracy pod nadzorem jednego pracodawcy, wolą mieć bardziej „otwarte” zatrudnienie, przez co wynajmują się na kilka godzin, ale w kilku placówkach. Co więcej, nie będę ukrywać, szpitale

nie są konkurencyjne dla tzw. leczenia otwartego - tłumaczy.

I dodaje: - Praca w POZ-ach, jak wiemy wiąże się z dużo mniejszą odpowiedzialnością. Nie chcę deprecjonować tych lekarzy, ale wiemy, że jeśli jest podejrzenie stanu zagrażającego życiu, to takiego pacjenta odsyła się do szpitala. My z kolei żyjemy w permanentnym stresie, nie mówiąc o wyczerpaniu fizycznym i psychicznym.

Zdaniem prof. Iwony Mozer-Lisewskiej, kolejne lata mogą przynieść ogromne problemy w szpitalnictwie. - Musimy liczyć się z tym, że może nastąpić exodus. Bo po prostu ta praca dla młodych nie jest już atrakcyjna.

Z kolei przedstawiciele WIL dodają: - Zarządzenie tej sytuacji to zadanie organizatorów ochrony zdrowia. Samorząd lekarski nieustannie apeluje o poprawę warunków pracy w ramach publicznej opieki zdrowotnej, realizację postulatów placówek oraz wdrożenie rozwiązań poprawiających komfort pracy lekarza i bezpieczeństwo pacjenta, takich jak system no-fault.©©

Służba zdrowia

Szpitala bez pieniędzy, pracownicy bez podwyżek

Od 1 lipca wszyscy pracownicy szpitali i przychodni mieli dostać podwyżki nawet o 40 proc. Ale ani w Małopolsce, ani w Krakowie tych pieniędzy nikt do tej pory nie zobaczył!

Nowa siatka płac miała wejść w życie 1 lipca, a podwyżki objąć lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, a nawet pracowników niemedycznych. Wysokość podwyżek – od 17 do 41 proc. Najwyższe miały dostać

pielęgniarki i położne ze średnim wykształceniem – to miał być pomysł resortu zdrowia na to, by więcej osób i szybciej trafiało do tych zawodów. Dla tych dwóch grup podwyżka minimalnej pensji miała wynosić po ok. 1550 zł. Średnio wynagrodzenia zasadnicze miały wzrosnąć o 30 proc.

I tak lekarz specjalista zamiast ponad 6 tys. zł miał teraz zarabiać ponad 8 tys. zł. Pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, farmaceuci lub inni pracownicy wykonujący zawód

medyczny z tytułem magistra i specjalizacją wzrost płacy z 5 478 zł sięgnąłby 7 304 zł (o 1 827 zł). Z kolei np. sanitariusze czy salowe z ok. 3 tys zł do 3 680 zł (wzrost o 632 zł).

Tyle teoria. W praktyce okazało się, że na takie wzrosty wynagrodzeń szpitalom może nie wystarczyć pieniędzy. Również dlatego, że zaczęły też obowiązywać nowe zasady wyceny świadczeń medycznych, które koszty pracy personelu włączyły w wycenę samych świadczeń medycznych.

Pieniądze na płace nie będą już szły osobnym strumieniem. A skoro NFZ nisko wycenia same świadczenia, na podwyżki zabraknie kasy.

27 lipca w krakowskiej Izbie Lekarskiej odbyło się spotkanie dyrektorów szpitali publicznych z regionu, podczas którego jego uczestnicy stwierdzili, że „skutkiem ustawy, która w założeniu miała podnieść wynagrodzenie pracowników ochrony zdrowia, może być upadłość większości polskich szpitali”.

Pieniądzy na regularne podwyżki – w szpitalach powiatowych, wojewódzkich czy uniwersyteckich – nie ma, może wystarczy ich na jednorazową wypłatę w sierpniu.

Kolejne tego typu spotkanie planowane jest na najbliższe dni. Tymczasem w szpitalach wrze, niezależnie od wykonywanej pracy wszyscy, od salowych po lekarzy, mówią o „rzucaniu papierami”. ●

Iwona Hajnosz

Impas w sprawie aneksów w poradniach POZ

OCHRONA ZDROWIA

Dorota Beker
dorota.beker@infor.pl

Tak dla aneksowania umów, nie dla wydłużenia okresów wypowiedzenia – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie zgadzają się na zmiany w umowach z NFZ.

Federacja Porozumienie Zielonogórskie (PZ) uważa, że resort zdrowia wraz z NFZ jednostronnie zmienia treść zawartych z poradniami POZ umów.

Przypomnijmy, początek sporu o terminy wypowiedzenia umów z Narodowym Funduszem Zdrowia to wejście w życie 9 lutego br. nowelizacji z 28 stycznia 2022 r. rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 236). Zakładała ona, że zmiany zarządzeń prezesa NFZ będą wiązać przychodnie POZ bez konieczności aneksowania umów za zgodą obu stron. Jeśli przychodnia nie zgodziłaby się na nowe warunki, w ciągu 14 dni miałaby złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu umowy, która rozwiązywałaby się po upływie 30-dniowego okresu wypowiedzenia.

Przedstawiciele POZ podkreślali wtedy, że jest to próba odgórnego zarządzania, a możliwość wypowiedzenia aneksów jest iluzoryczna – ze względu na konieczność wypłaty pensji pracownikom za okres wypowiedzenia, co przy braku

dochodów poza kontraktem z NFZ nie byłoby możliwe.

Spór był na tyle poważny, że stał się jedną z dwóch przesłanek (obok rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2; t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 151, wprowadzającego konieczność bezpośredniego zbadania każdego pacjenta covidowego powyżej 60 lat w ciągu 48 godzin) opuszczenia przez PZ zespołu pracującego nad zmianami w POZ.

Temat zmian w terminach wypowiedzeń umów powrócił przy okazji aneksowania umów w związku z reformą POZ oraz zmianą wycen wymuszoną wej-

ściem w życie ostatniej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1352). Okazuje się bowiem, że aneksy, które zostały skierowane do przychodni POZ, zmieniają po raz kolejny termin wypowiedzeń – tym wydłużając je do 90 dni. Przedstawiciele PZ uważają jednak, że taka zmiana wprowadzana bez konsultacji ze środowiskiem godzi we wszystkie zasady współpracy. Jacek Krajewski, przewodniczący PZ, podkreśla, że skoro strony umowy (NFZ i poszczególni świadczeniodawcy) ustalili

45-dniowy okres wypowiedzenia, to propozycja zmiany na trzymiesięczny nie musi być przez przychodnie przyjęta. Dlatego część placówek nie podpisała aneksów bądź podpisała je, wykreślając zapis o zmianie długości okresu wypowiedzenia.

Okazuje się jednak, że w tym zakresie NFZ nie za-

mierza negocjować. – Po szczególne oddziały NFZ nie przyjęły przekazanych im aneksów, generując nowe (znowu zawierające trzymiesięczny okres wypowiedzenia) – wyjaśnia Jacek Krajewski. Poprosiliśmy fundusz o stanowisko w tej sprawie, czekamy na odpowiedź

©



ZDROWIE
POLAKÓW

www.gazetaprawna.pl/zdrowie-polakow

Powiaty: bez pieniędzy nie będzie lepszego jedzenia dla pacjentów

OCHRONA ZDROWIA

Dorota Beker

dorota.beker@infor.pl

Podniesienie standardów żywienia musi wiązać się ze wzrostem finansowania. Z kolei prawo zamówień publicznych wymaga więcej czasu na wdrożenie nowych przepisów – wskazuje Związek Powiatów Polskich.

ZPP odniósł się do projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach. Zakłada on m.in. dokładne określenie kaloryczności i rodzajów konkretnych diet czy wprowadzenie karty żywienia szpitalnego, na której personel szpitala miałby odnotowywać proces odżywiania pacjenta. Jak informowaliśmy w tekście „Wymogami na papierze nie da się nakarmić pacjenta” (DGP nr 119/2022), opinie na temat tej regulacji były podzielone – wątpliwości budziły zarówno kwestie związane stricte z wytycznymi co do konkretnych diet, jak i związane z obowiązkiem prowadzenia kart żywienia.

Samorządowcy z ZPP zwrócili uwagę głównie na dwie kwestie. Pierwsza to vacatio legis rozporządzenia – ma ono bowiem wejść w życie po trzech miesiącach od ogłoszenia. Strona samorządowa postuluje jednak przedłużenie go do sześciu miesięcy. – W przypadku zamawiania usługi żywienia pacjentów u dostawcy zewnętrznego u większości podmiotów leczniczych war-

tość tego typu postępowań często przekracza próg unijnych zamówień publicznych. Nie w każdym przypadku możliwe będzie aneksowanie umów – podkreślają przedstawiciele ZPP. Wskazują, że w przypadku najczęściej stosowanego trybu, tj. przetargu nieograniczonego, sam termin składania ofert wynosi 35 dni. – Do tego należy dołożyć czas konieczny na przygotowanie zamówienia i przeprowadzenie procedury wyboru wykonawcy oraz wziąć pod uwagę możliwość wniesienia odwołania przez któregoś z oferentów – argumentują samorządowcy, podkreślając, że zaproponowane w projekcie vacatio legis jest po prostu za krótkie.

Drugi z postulatów to wskazanie źródeł sfinansowania. Samorządowcy wskazują, że z danych uzyskanych ze szpitali powiatowych wynika, że koszty wyżywienia wzrosną w stosunku do obecnego stanu o 25 proc. (bez uwzględnienia obecnej inflacji). To, jak argumentują, oznacza wzrost kosztów zakupu żywności co najmniej o 32 mln zł, do tego dochodzi wzrost kosztów związanych z tym usług – niepoliczalny na podstawie powszechnie dostępnych danych, ale możliwy do ustalenia przez resort zdrowia chociażby na podstawie danych gromadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. © P

Etap legislacyjny

Projekt rozporządzenia po konsultacjach

PROJEKT

KATARZYNA
CZYŻEWSKA

Czy domy pomocy społecznej będą prowadzić działalność leczniczą?

Po zmianie przepisów dopelnienie konkretnych formalności, w tym wpis do specjalnego rejestru, pozwoli zawierać umowy z NFZ, a pielęgniarce uznać za wykonujące zawód medyczny.

11 lipca na stronach Rządowego Centrum Legislacji opublikowany został projekt nowelizacji przepisów ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (DzU z 2021 r., poz. 2268 i 2270, oraz z 2022 r., poz. 1, 66 i 1079), a także ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DzU z 2022 r., poz. 633, 655, 974 i 1079). Projekt zawiera kilka załedwie przepisów, które jednak (jeżeli nowelizacja wejdzie w życie) istotnie wpłyną na funkcjonowanie domów pomocy społecznej.

W szczególności nowelizacja ma umożliwić domom pomocy społecznej wykonywanie działalności leczniczej. Z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że obecnie udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom przebywającym w domach opieki społecznej jest utrudnione i generuje dodatkowe koszty

właśnie dlatego, że sam dom opieki społecznej nie może wykonywać działalności leczniczej. Jako że wiele osób przebywających w domach opieki społecznej potrzebuje regularnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i ich udzielanie na terenie domu opieki społecznej jest niekiedy konieczne, placówki takie zatrudniają pielęgniarce, które mają tych świadczeń udzielać. O tym, że ważne jest zapewnienie pensjonariuszom domów pomocy społecznej bezpośredniego dostępu do świadczeń zdrowotnych, świadczy fakt, że na 31 grudnia 2021 r. w DPS prowadzonych bezpośrednio przez jednostki samorządu terytorialnego oraz na ich zlecenie zatrudnione były łącznie 4882 pielęgniarki.

Opisane praktyczne rozwiązanie problemu dostępu do świadczeń zdrowotnych prowadzi jednak do pewnej fikcji:

dom pomocy społecznej, który zatrudnia pielęgniarce udzielające świadczeń zdrowotnych, sam, jako placówka, nie wykonuje działalności leczniczej. Co więcej, niejasny jest status pielęgniarce zatrudnionych w takich placówkach, niebędących przecież podmiotami leczniczymi, co powoduje, że są one traktowane odmiennie od pielęgniarce wykonujących zawód w przychodniach lub szpitalach (na przykład otrzymują niższe wynagrodzenie).

Wreszcie niemożność udzielania pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej przez domy opieki społecznej oznacza, że placówki te nie mogą uzyskać świadczeń ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z tym placą za nie sami pacjenci (w opłatach za pobyt w domu opieki społecznej).

Problemy te ma rozwiązać nowelizacja, która pozwoli na zintegrowanie pełnionych

przez DPS funkcji, tj. pomocy społecznej i działalności leczniczej. Projekt przewiduje przede wszystkim dodanie nowego art. 58a do ustawy o pomocy społecznej, zgodnie z którym: „Dom pomocy społecznej może wykonywać działalność leczniczą na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, 655, 974 i 1079)”.

Analogiczna zmiana ma być wprowadzona do przepisów ustawy o działalności leczniczej. Projekt nowelizacji przewiduje dodanie art. 3 ust. 5 do tej ustawy, zgodnie z którym: „Dom pomocy społecznej może wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, polegającą na udzielaniu swoim mieszkańcom ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych”.

W praktyce rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych przez dom pomocy

społecznej będzie wymagało dopełnienia formalności określonych w przepisach ustawy o działalności leczniczej. Konieczne będzie wystąpienie przez DPS do wojewody jako organu prowadzącego rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą, z wnioskiem o wpis do tego rejestru. Wojewoda będzie mógł wpisać dom pomocy społecznej do rejestru tylko wówczas, gdy placówka ta spełni wymagania stawiane podmiotowi leczniczemu, w tym zwłaszcza będzie posiadała odpowiednie pomieszczenia i urządzenia, niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, będzie zatrudniała personel medyczny, a także będzie posiadała ważną umowę ubezpieczenia OC.

Korzyści z wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą będą jednak wymierne: dom pomocy społecznej, który uzyska

wpis, będzie mógł się starać o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie której będzie mógł udzielać swoim mieszkańcom świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. Również sytuacja pielęgniarce zatrudnionych w domach pomocy społecznej wpisanych do rejestru będzie lepsza: będą one wówczas traktowane jako osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym, co ma wpływ również na ich wynagrodzenia.

Obecnie projekt nowelizacji jest na etapie konsultacji publicznych: zainteresowane podmioty mogą zgłaszać uwagi w terminie 21 dni do daty pisma kierującego projekt do konsultacji publicznych (opublikowanego 11 lipca).

Autorka jest adwokatem w Czyżewscy kancelaria adwokacka



Będzie kompromis z Pfizerem?

PANDEMIA 16 mln szczepionek za ok. 1,5 mld zł – tylu preparatów nie odbierze Polska. Jak wynika z informacji DGP, Pfizer, który jest producentem szczepionek przeciw koronawirusowi, obiecał, że nie będzie się ubiegał o zwrot pieniędzy **A4**

Klara Klinger
klara.klinger@infor.pl

Trwają negocjacje w sprawie nadmiarowych szczepionek. Polska w kwietniu zawiesiła umowę w sprawie dostaw preparatów na COVID-19 i przestała je zamawiać oraz za nie płać. W sumie nie odebraliśmy już 16 mln dawek, które mieliśmy otrzymać zgodnie z harmonogramem dostaw ustalonych przez KE. Powinniśmy za nie zapłacić ok. 1,5 mld zł.

Podczas ostatniego spotkania zorganizowanego przy współudziale amerykańskiej dyplomacji, w którym brali udział minister zdrowia Adam Niedzielski i polscy przedstawiciele Pfizera, ustalono, że pierwszym krokiem ma być rezygnacja firmy z dochodzenia zapłaty za nieodebrane szczepionki. Pfizer ma dać odpowiedź dziś lub jutro, czy się na to zgadza. Resort zdrowia potwierdza, że negocjacje trwają. – Potwierdzamy, że odbyło się dwustronne spotkanie. Możemy też potwierdzić, że padła pewna deklaracja co do kroków w kierunku porozumienia ze strony firmy. Czekamy na ostateczną odpowiedź – mówi Wojciech Andrusiewicz, rzecznik ministerstwa.

Z nieoficjalnych informacji wynika, że w rozmowach ważną rolę odgrywa kwestia ukraińska. To na pomoc Polski dla uchodźców z Ukrainy powoływał się premier Mateusz Morawiecki w liście do przewodniczącej KE, w którym apelował, by renegować umowy z firmami farmaceutycznymi w sprawie szczepionek. Chciał przesunąć dostawy albo zamienić je na inne preparaty, tak abyśmy nie musieli kupować szczepionek, których nie wykorzystamy. Wciąż bowiem mamy ok. 20 mln niewykorzystanych preparatów, co oznacza, że nawet przy czwartej dawce szczepionki dostawy znacznie przekroczyłyby liczbę chętnych. W sumie Polska miałaby dostać jeszcze 67 mln dawek do końca I kw. 2023 r. za ok. 6 mld zł. W liście do



Do końca I kw. 2023 r. Polska miałaby dostać jeszcze 67 mln szczepionek

dań dotyczących skuteczności szczepionek na różne warianty wirusa.

Polska liczy, że nie tylko uda się przesunąć dostawy, lecz także, że uda się zamienić część preparatów np. na lek antywirusowy na COVID-19. Chodzi o paxlovid, który podany na wczesnym etapie ma chronić przed ciężkim przebiegiem choroby. Choć jest zarejestrowany w Europie, nie został zakupiony przez Polskę. Jednym z powodów są własne negocjacje szczepionkowe. Polska chciała także mieć możliwość ewentualnej zamiany na leki w innych schorzeniach: w sumie w Polsce w obrocie jest ok. 200 różnych rodzajów opakowań firmy Pfizer, z czego połowa jest w refundacji.

Firma w odpowiedzi na pytanie DGP przekonuje, że jeżeli chodzi o paxlovid, to „od początku pandemii priorytetem Pfizera pozostaje szybkie wyprodukowanie i dostarczenie naszej szczepionki przeciw COVID-19 oraz doustnego leczenia, pod warunkiem uzyskania zezwolenia od organów regulacyjnych danego kraju”. W sprawie negocjacji szczepionkowych z kolei informuje, że „zgodnie z ustaleniami z Komisją Europejską kontynuujemy wspieranie państw członkowskich w koordynowaniu dostaw szczepionek zgodnie z ustalonym harmonogramem. Jesteśmy świadomi lokalnych potrzeb i w miarę możliwości staramy się przedstawiać pragmatyczne rozwiązania. Zobowiązujemy się do prowadzenia rozmów w dobrej wierze, dążąc do rozwiązania możliwego do zaakceptowania przez wszystkie strony”. – Nie możemy powiedzieć więcej, ponieważ jesteśmy związani umowami o zachowaniu poufności – mówi Szymon Szymczyk z biura prasowego Pfizera.

Według ostatnich prognoz przychodów Pfizera z preparatów na COVID-19 wynika, że paxlovid i comirnaty wygenerują w 2022 r. z ich sprzedaży odpowiednio 22 mld dol. i 32 mld dol.

©

Gra o 1,5 mld zł za niepotrzebne dawki

ZDROWIE Leki na COVID-19 oraz na inne choroby zamiast szczepionek oraz odstąpienie od ubiegania się o zwrot pieniędzy za nieodebrane wakcyny – to niektóre warunki, które polska strona przedstawiła firmie Pfizer

Urszuli von der Leyen premier Morawiecki wskazywał, że renegocjacja umów szczepionkowych byłaby tym bardziej uzasadniona w przypadku Polski, bo do naszego kraju trafiło najwięcej uciekinierów z Ukrainy. I to my ponosimy również koszty m.in. ich leczenia.

Choć Polska zawiesiła umowę i jako jedyne państwo członkowskie zdecydowała

się nie zamawiać preparatów, to Pfizer nie skierował sprawy do sądu. To zdaniem naszych rozmówców może wskazywać, że jest pole do negocjacji. Te toczą się również na gruncie Komisji Europejskiej. Do polskiego apelu dołączyło kilkanaście innych państw członkowskich. Wszystkie mają podobny problem: dostawy przewyższają popyt na szczepionki. Dla państw no-

wej Europy jest to duże obciążenie finansowanie (cena szczepionki jest taka sama dla każdego). Początkowo KE nie chciała rozpoczynać rozmów, później zaproponowała przesunięcie o pół roku i bardziej elastyczny harmonogram dostaw. Ostatnio, jak podawał „Financial Times”, coraz bliżej jest uzgodnień, żeby przesunąć dostawy do końca 2024 r.

Plan zakładał, że dawki na kolejny rok miałyby być podzielone na dwie transze: na 2023 i 2024 r. Producent leków zgodził się już na podobny ruch, przesuwając dostawy z początku tego roku na późniejszy okres w 2022 r. Chodzi o 1,8 mld dawek, na które zawarła umowę UE. Jednym z powodów jest także oczekiwanie na wynik ba-

Lekarka zaszczuta przez antyszczepionkowców

AUSTRIA \ Austriacka lekarka Lisa-Maria Kellermayr w ubiegłym tygodniu odebrała sobie życie. Zwolenniczka szczepień przeciwko koronawirusowi była poddana długotrwałej kampanii nienawiści i zastraszania przez środowiska antyszczepionkowe.

Ciało Kellermayr wraz z listami pożegnalnymi zostało odnalezione w piątkowy poranek w jej gabinecie zlokalizowanym w austriackiej miejscowości Seewalchen am Attersee. Austriacy śledczy wykluczyli udział osób trzecich w śmierci lekarki. Lisa-Maria Kellermayr była zwolenniczką szczepień przeciw koronawirusowi, w wyniku czego znalazła się na celowniku środowisk antyszczepionkowców, którzy grozili śmiercią jej oraz jej współpracownikom.

Ze względu na intensywną kampanię nienawiści i zastraszanie Kellermayr zdecydowała się po kilku miesiącach na zamknięcie swojej praktyki lekarskiej. – Wytrzymałam siedem miesięcy. Nie mogę już dłużej tak działać. Jestem skończona także finansowo – powiedziała miesiąc temu w rozmowie z austriackim

dziennikiem „Krone” Kellermayr. Lekarka stała w obliczu osobistego bankructwa również dlatego, że zainwestowała dużo pieniędzy w prywatną ochronę, która chroniła jej praktykę. „Groźby śmierci wobec Kellermayr i jej pracowników były brutalną rzeczywistością. Ta nienawiść musi się skończyć” – napisał na Twitterze minister zdrowia Austrii Johannes Rauch.

Do tragicznej śmierci lekarki odniósł się również minister zdrowia Adam Niedzielski. – Ta śmierć dobitnie pokazuje, że tzw. ruchy antyszczepionkowe to nie jest kwestia jakiejś większej idei – stwierdził Niedzielski. – Zaprzeczanie zdrowemu rozsądkowi to mniej groźna strona tych grup, teraz widzimy mroczniejszą.

.....
(pk)

Albicla.com/PawelKryszczak

KORONAWIRUS

Kobiety chorują łżej

Odpowiedź immunologiczna kobiet zakażonych wirusem SARS-CoV-2 jest znacznie silniejsza niż mężczyzn – odkryli naukowcy z Francji.

MAGDALENA KOWALCZYK

Podczas niektórych infekcji wirusowych, w szczególności wywołanych przez wirusy RNA, takie jak SARS-CoV-2, komórki układu odpornościowego wytwarzają interferony typu I. Ta reakcja organizmu jest silniejsza u kobiet niż u mężczyzn – odkryli francuscy naukowcy.

Skąd taka różnica? Otóż interferony typu I to białka, które pomagają regulować działanie układu odpornościowego. Są one wytwarzane przez komórki odpornościowe zwane plazmacytoidalnymi komórkami dendrytycznymi w odpowiedzi na stymulację ich receptorów TLR7 i TLR9, szczególnie wrażliwych na obce kwasy nukleinowe. Francuscy naukowcy odkryli, że odpowiedź immunologiczna jest znacznie silniejsza u kobiet, choć nie jest jeszcze jasne, czy ta różnica utrzymuje się z wiekiem. Wyniki ich badań opublikowano w czasopiśmie „eBioMedicine”.

Wiek nie ma znaczenia

Gdy pojawił się wirus SARS-CoV-2, okazało się, że u mężczyzn rozwinęły się cięższe formy Covid-19 niż u kobiet – co skutkuje wyższą śmiertelnością tych pierwszych. Dzieje się tak, ponieważ kobiety wytwarzają wyższy poziom interferonów niż mężczyźni. Udo- wodniono też, że wcześniejsze wytwarzanie IFN typu I przez plazmacytoidalne komórki dendrytyczne w drogach oddechowych chroni przed ciężkimi postaciami choroby. Ta różnica między płciami dotyczy nie tylko SARS-CoV-2, ale istnieje również w przypadku innych wirusów, np. grypy lub HIV.



Ministerstwo Zdrowia prognozuje, że szczyt zakażeń SARS-CoV-2 będzie w drugiej połowie sierpnia

Wyjaśnienie tego zjawiska nie jest jeszcze ostateczne. Jednak z najnowszych badań wynika, że źródłem tej różnicy są w niewielkim stopniu hormony (estrogeny), a w znacznie większym chromosomy płci. Większość genów odporności znajduje się w chromosomie płci X, który występuje podwójnie u kobiet, a tylko pojedynczo u mężczyzn.

Czy ta przewaga odporności utrzymuje się przez całe życie? Aby to sprawdzić, naukowcy zbadali wpływ płci i starzenia się na produkcję cytokin, w tym IFN-alfa (podkategoria interferonów typu I), na grupie 310 zdrowych ochotników (145 mężczyzn i 165 kobiet) w wieku od 19 do 97 lat. Cytokiny zostały wyprodukowane in vitro po chemicznej stymulacji rozmaitych receptorów.

Zespół naukowców najpierw odkrył, że po stymulacji receptorów TLR7 tylko plazmacytoidalne komórki dendrytyczne wytwarzały IFN-alfa. Co więcej, z siedmiu badanych czą-

stek zapalnych tylko IFN-alfa wykazywał różne poziomy produkcji w zależności od płci. Kobiety miały znacznie wyższy poziom IFN-alfa, niezależnie od wieku.

Chociaż liczba plazmacytoidalnych komórek dendrytycznych zmniejsza się wraz z wiekiem, wydzielanie IFN-alfa pozostawało znacznie wyższe u wszystkich uczestników badania, nawet u najstarszych z nich, w porównaniu z mężczyznami w tym samym wieku. Dlatego kobiety, także w starszym wieku, są bardziej odporne na SARS-CoV-2 i inne infekcje wirusowe.

Naukowcy są zdania, że hormony płciowe, których synteza spada po menopauzie, prawdopodobnie nie są znaczące dla tej przewagi. „Faktu, że różnica w produkcji IFN-alfa między płciami utrzymuje się wraz z wiekiem i jest większa u kobiet nawet długo po menopauzie, nie można wytłumaczyć tylko działaniem hormonów płciowych. Kluczo-

wą rolę odgrywają czynniki genetyczne związane z chromosomem X” – wyjaśnia Jean-Charles Guéry, współautor badania.

Nowa fala

Wiedza o przebiegu zakażenia jest tym ważniejsza, że obecnie, zarówno w Polsce, jak i w pozostałych krajach Europy, zmagamy się z kolejną falą zakażeń koronawirusem. W ubiegłym tygodniu Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że między 21 a 27 lipca wykryto 19 tys. 577 zakażeń koronawirusem. Najwięcej na Mazowszu i na Śląsku (odpowiednio 3509 i 2687), najmniej w województwach lubuskim (379) i opolskim (480). W szpitalach przebywały 1884 osoby. – Rośnie liczba zachorowań na Covid-19, choć wolniej, niż zakładaliśmy w prognozach. Apogeum, 10 tys. dziennie, nastąpi w drugiej połowie sierpnia – mówił w ubiegłym tygodniu w Puławach minister zdrowia Adam Niedzielski.

/ 66



Aborcja zniknęła ze szpitali

W 2021 r. wykonano w Polsce dziesięciokrotnie mniej legalnych zabiegów przerwania ciąży niż rok wcześniej.

Anita Karwowska

„Tysiąc uratowanych dzieci! A po te 107 jeszcze przyjdziemy. Bo to my mamy rację, a nie aborcjoniści” – triumfuje na Twitterze kierowana przez Kaję Godek fundacja Życie i Rodzina, która od lat walczy o całkowity zakaz aborcji.

Jak wynika z najnowszych danych Ministerstwa Zdrowia, o których napisała „Rzeczpospolita”, w 2021 r. wykonano w Polsce dziesięciokrotnie mniej legalnych zabiegów przerwania ciąży niż rok wcześniej. Do czasu wyroku Trybunału Konstytucyjnego Julii Przyłębskiej, który w październiku 2020 r. orzekł, że niezgodna z konstytucją jest dopuszczona w ustawie z 1993 r. aborcja z powodu ciężkiej, nieodwracalnej, a także śmiertelnej wady płodu, co roku w polskich szpitalach przeprowadzanych było ok. 1,1 tysiąca zabiegów przerwania ciąży. Większość z nich – właśnie z tej przesłanki.

W 2021 r. na 107 zabiegów 75 przeprowadzono z powodu ciężkiego upośledzenia płodu lub zagrożenia jego życia. 32 aborcje wykonano ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia kobiety. Nie było zabiegu przerwania ciąży z gwałtu. W tym roku legalnych aborcji może być mniej. Zakaz aborcji wynikający z orzeczenia TK zaczął obowiązywać 27 stycznia 2021 r. W pierwszych czterech tygodniach roku przed zakazem szpitale wykonały kilkadziesiąt zabiegów. Od wejścia w życie zakazu – 32.

Federa: Zgłaszają się do nas setki kobiet

Statystykę resortu zdrowia szeroko komentują antyaborcyjni aktywiści i media związane z Kościołem. – Dzięki temu, że Trybunał Konstytucyjny przychylił się do naszego wniosku i uznał, że zabijanie dzieci tylko dlatego, że istnieje prawdopodobieństwo choroby bądź niepełnosprawności, narusza prawo do życia i jest niezgodne z konstytucją, tysiąc dzieci rocznie zostało uratowanych. Dane pokazują, że ochrona życia dzieci jest dziś dużo bliższa stanowi, który zakłada Konstytucja RP, która chroni życie ludzkie od poczęcia do naturalnej śmierci – stwierdził w Radiu Maryja Bartłomiej Wróblewski, poseł PiS, który był autorem wniosku do TK w sprawie aborcji.

Jednak według Krystyny Kacpury, szefowej Fundacji na rzecz Kobiet i Planowania



• Warszawa, 28 września 2020 r. Kaja Godek podczas modlitwy różańcowej fundacji Życie i Rodzina przed siedzibą Trybunału Konstytucyjnego

FOT. DAWID ZUCHOWICZ / AGENCJA WYBORCZA.PL

Rodziny FEDERA, dane Ministerstwa Zdrowia mogą nie oddawać szpitalnej rzeczywistości. – Nie mamy wglądu do tych danych, nie wiemy też, w jaki sposób szpitale opisują w dokumentacji medycznej ewentualne zabiegi przerwania ciąży. Naszym zdaniem legalnych aborcji mogło być więcej. Odkąd wszedł w życie zakaz, jesteśmy w kontakcie z wieloma kobietami, u których zdiagnozowano ciężkie uszkodzenia płodu i w związku z tym wystąpiło u nich podejrzenie zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego. Pomagaliśmy im w dostaniu się na konsultacje do psychiatry, wiele z nich otrzymało zaświadczenie o zagrożeniu dla życia i zdrowia wynikającym ze stanu psychicznego. Takich zgłoszeń miałyśmy od czasu wejścia zakazu ok. pięciuset – mówi Krystyna Kacpura. Chodzi o przypadki pacjentek, u których informacja o nieodwracalnej, ciężkiej wadzie płodu powoduje depresję, zaburzenia lękowe, myśli samobójcze, syndrom stresu pourazowego.

Aby poprawić dostęp pacjentek do psychiatrów, FEDERA buduje siatkę kontaktów do tych specjalistów. – Konsultacje i wystawianie zaświadczeń jest w pełni legalne i bezpieczne prawnie. Żaden z lekarzy z naszej sieci nie spotkał się z jakimikolwiek negatywnymi konsekwencjami ze względu na swoją pracę – mówi szefowa fundacji i dodaje: – Zaświadczenia o zagrożeniu dla zdrowia psychicznego są respektowane przynajmniej w części szpitali. Szacujemy, że w zeszłym roku miało miejsce kilkaset legalnych procedur przerwania ciąży, właśnie w oparciu o takie zaświadczenie.

Oficjalne dane mówią jednak coś innego. Według Ministerstwa Zdrowia ze względu na stan zdrowia psychicznego kobiety w 2021 r. wykonano 32 aborcje, w 2020 r. – 21, w 2019 r. – 33, w 2016 r. – 55.

Również rzecznik praw obywatelskich prof. Marcin Wiśniewski wydał stanowisko, w któ-

Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. powszechny jest strach pacjentek przed rozszerzającą interpretacją prawa, w wyniku którego dla lekarzy priorytetem staje się ochrona płodu, a nie kobiety

rym broni przesłanki zdrowia psychicznego i postuluje rozszerzenie legalnej aborcji o wady letalne płodu.

Pacjentki boją się szpitali

Po wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. powszechny jest strach pacjentek przed rozszerzającą interpretacją tego prawa, w wyniku którego dla lekarzy priorytetem staje się ochrona płodu, a nie kobiety.

Przyczyniły się do tego wydarzenia z ostatnich kilkunastu miesięcy. Symbolem drastycznego prawa stała się śmierć Izabeli z Pszczyzny. Jesienią ub. roku 30-letnia kobieta zmarła w 22. tygodniu ciąży z bezwodziem i wadami płodu w wyniku wstrząsu septycznego. Lekarze czekali do obumarcia płodu i za późno wdrożyli procedurę ratowania jej życia. Rodzina złożyła do prokuratury zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa przez lekarzy.

W styczniu w jednym z częstochowskich szpitali zmarła 37-letnia Agnieszka, której trzy tygodnie wcześniej usunięto obumarłe płody bliźniaczej ciąży. Okoliczności śmierci wciąż są wyjaśniane. Rodzina o śmierć kobiety obwiniała szpital, który miał jej zdaniem zbyt długo czekać na usunięcie obumarłego płodu. Stan pacjentki pogarszał się, stwierdzono u niej zakażenie koronawirusem, trafiła także na oddział neurologiczny.

Z odmową pomocy spotkała się też 26-letnia pacjentka szpitala w Białymstoku, która po badaniach prenatalnych dowiedziała się, że w jej brzuchu rozwija się płód z wadą letalną polegającą na niewykształceniu struktur mózgowiczaszki. Nie ma żadnej możliwości jego uratowania ani samodzielnego przeżycia. Lekarze kazali czekać kobiecie na samostanie obumarcie płodu, jednak Agata z dnia na dzień była w coraz gorszym stanie psychicznym. Dwóch psychiatrów stwierdziło, że kontynuacja ciąży naraża pacjentkę na ryzyko pogorszenia stanu psychicznego, dlatego należy rozważyć terminację ciąży. Mimo to lekarze z Białegostoku odmówili wykonania zabiegu, a szpital powołał się na opinię Ordo Iuris, z której treści wynikało, że zaburzenia psychiczne matki nie stanowią podstawy do aborcji. Ostatecznie zabieg kobieta przeszła w innym szpitalu.

Zakaz nie oznacza braku aborcji

W czerwcu br. Sejm odrzucił w pierwszym czytaniu obywatelski projekt ustawy „Legalna aborcja. Bez kompromisów” podpisany przez ponad 200 tys. osób. Zakładał on m.in. możliwość przerwania ciąży do 12. tygodnia bez podania przyczyny oraz po tym terminie w przypadku wad płodu lub ciąży z gwałtu.

Jak mówiła podczas debaty Marta Lempart z Ogólnopolskiego Strajku Kobiet, obecnie 66 proc. polskiego społeczeństwa popiera dostęp do legalnej, bezpiecznej i darmowej aborcji do 12. tygodnia. – Za legalną aborcją jest 88 proc. wyborców Koalicji Obywatelskiej, 83 proc. wyborców Polski 2050, 52 proc. wyborców Polskiego Stronnictwa Ludowego, 44 proc. wyborców Konfederacji i 34 proc. wyborców Prawa i Sprawiedliwości – wyliczyła aktywistka i podkreśliła: – Coraz więcej ludzi w Polsce wie, że zakaz aborcji nie oznacza braku aborcji.

W dostępie do zabiegów pomaga m.in. Aborcja bez Granic (inicjatywa zrzeszająca grupy działające na rzecz wolnej aborcji), która wyliczyła, że od wyroku TK do wiosny 2022 r. wsparła 34 tys. kobiet. Organizacje kobiece szacują, że w sumie Polki dokonują 100-150 tys. aborcji rocznie, coraz częściej to aborcja farmakologiczna przeprowadzana w domu. Wiele kobiet wciąż wyjeżdża na zabieg za granicę. ●

Afera respiratorowa – ciąg dalszy

Handlarz bronią uciekał z majątkiem

Handlarz bronią, z którym resort zdrowia podpisał wartą 200 mln zł umowę na respiratory, dostał kontrakt, mimo że notorycznie zalegał ze składkami na ZUS. A pół roku przed śmiercią przepisał na córkę 300-metrowy lokal

Judyta Watola

Długi handlarza wobec ZUS zapisane są w księdze wieczystej nieruchomości znajdującej się przy ulicy Radziwiłłowskiej w Lublinie, którą handlarz bronią Andrzej Izdebski posiadał na pół z żoną. W styczniu tego roku oboje przekazali lokal w darowiźnie córce. W ten sposób Izdebski chciał zabezpieczyć część swojego majątku przed komornikiem. Wiedział, że skarb państwa domaga się od niego milionów euro z tytułu niezwróconej zaliczki, jaką otrzymał z Ministerstwa Zdrowia na respiratory. Umowa darowizny mogła więc być zaskarżona i uznana przez sąd za nieważną. Nieoficjalnie dowiedzieliśmy się, że Prokuratura Generalna tak właśnie chciała zrobić. Z powodu

śmierci Izdebskiego to się jednak prawdopodobnie nie uda.

Dwa lokale Izdebskiego

Z ksiąg wieczystych wynika, że kiedyś Izdebski miał na Radziwiłłowskiej więcej lokali, ale się ich pozbywał. Ostatecznie zostały dwa.

Pierwszy – o powierzchni 91 m kw. – oficjalnie stanowił własność spółki E&K, w której współnikami byli Izdebski i jego żona. W sierpniu 2021 r. lokal został obciążony hipoteką przymusową z tytułu roszczeń urzędu skarbowego w Lublinie. Chodzi o kwotę ponad 2,8 mln zł z tytułu podatku VAT od sprzedanych Ministerstwu Zdrowia respiratorów. Izdebski wpisał na fakturach zerową stawkę, podczas gdy w obrocie sprzętem medycznym obowiązuje stawka 8 proc. Łącznie Izdebski

miał zapłacić fiskusowi 9,3 mln zł, ale faktur wystawił kilka i – jak można się domyślać, bo ani komornik, ani urząd skarbowy nie udzielają informacji – stąd też mniejsza suma na hipoteczę przymusowej.

W księdze wieczystej przypisanej do lokalu zajmowanego przez E&K nie ma jeszcze informacji o tym, że w kwietniu odbyła się jego licytacja i został sprzedany za 605 tys. zł.

Splacił kredyt, lokal dał córce

Drugi lokal – o powierzchni 317 m kw. – Izdebski posiadał wspólnie z żoną. Składa się z czterech izb i pięciu pomieszczeń na strychu. Pod to mieszkanie Izdebski wziął w 2000 r. kredyt w wysokości 20 tys. euro w BRE Banku. Splacił

go szybko. Inaczej było z kredytem hipotecznym w PKO BP na kwotę 499 tys. zł (plus 115 tys. zł kosztów obsługi) wziętym w 2007 r. Jak wynika z księgi, ten kredyt został spłacony dopiero 15 maja 2020 r. Niemal dokładnie miesiąc wcześniej, czyli 14 kwietnia 2020 r., na konta spółki E&K w tym samym banku PKO BP trafiło ponad 35,1 mln euro zaliczki na respiratory z Ministerstwa Zdrowia. Resort zlecił przelew już kilka godzin po podpisaniu z Izdebskim umowy.

W księdze mieszkania są jednak także wpisy o siedmiu hipotekach przymusowych. Chodzi o niezapłacone składki na ubezpieczenie społeczne. Komornik z tytułu roszczeń ZUS wobec Izdebskiego lub jego spółki wchodził więc na jego prywatny majątek. Kwoty hipotek są różne: od niecałych 4 tys. do prawie 94 tys. zł. Łącznie chodzi o ponad 140 tys. zł. Wynika z tego, że Izdebski notorycznie zalegał ze spłatą zobowiązań wobec ZUS, a mimo to dostał rządowy kontrakt na 44,5 mln euro.

28 stycznia Izdebski wraz z żoną podarował lokal córce. ●

• **Czytaj też ► 9**

Izdebski chciał zabezpieczyć część swojego majątku przed komornikiem

Jak handlarz bronią uciekał z majątkiem

Prawdopodobnie jeszcze w styczniu Andrzej Izdebski był w Polsce. Jednak nie został zatrzymany ani wezwany do prokuratury, nie postawiono mu zarzutów.

Judyta Watola

Do podpisania umowy darowizny lokalu doszło dokładnie 28 stycznia – wniosek o jej wpisanie do księgi wieczystej wpłynął tego dnia o godz. 17.29. Formalności dopełniono u notariusz Agnieszki Muszyńskiej.

List gończy – dopiero w marcu

Izdebski nie był jeszcze w tym momencie poszukiwany listem gończym. Wystawiono go dopiero 21 marca, choć – jak twierdzi Prokuratura Regionalna w Lublinie – już jesienią 2021 r. chciała mu postawić zarzuty w związku z niezapłaconiem podatku VAT za respiratory. Nie wzywała go jednak w tym celu na przesłuchanie, bo jak twierdzi, wiedziała już, że od 9 grudnia 2020 r. przebywa poza krajem.

O tym, że Izdebski jednak mógł być w międzyczasie w Polsce, pisaliśmy w ubiegłym tygodniu. Dowodem jest uchwała walnego zgromadzenia wspólników spółki E&K z 30 września 2021 r. o tym, co zrobić z zyskiem za 2020 r. Uchwała mówi wprost, że Izdebski był wtedy w Lublinie w siedzibie spółki. Pod dokumentem jest jego odręczny podpis.

Także umowa darowizny nieruchomości wymaga osobistej obecności u notariusza. Jeśli to niemożliwe, może stawić się u notariusza osoba, która ma odpowiednie pełnomocnictwo do reprezentowania właściciela. Jednak w przypadku, kiedy właściciel przebywa za granicą, to pełnomocnictwo musi mieć formę aktu notarialnego poświad-

zonego za zgodność przez ambasadę lub konsulat RP.

Zapytaliśmy w MSZ, czy jakieś polskie przedstawicielstwo dyplomatyczne RP poświadczало pełnomocnictwo wystawione przez Izdebskiego. Na razie czekamy na odpowiedź. Natomiast w kancelarii notarialnej Agnieszki Muszyńskiej odmówiono nam odpowiedzi na pytanie, czy 28 stycznia Izdebski był w Lublinie osobiście, czy też podczas podpisywania umowy darowizny reprezentował go pełnomocnik. To kluczowa sprawa. Bo jeśli przyjeżdżał do kraju, to prokuratura miała okazję, by postawić zarzuty.

Z księgi wieczystej wynika, że PKO BP zgodziło się na wykreślenie hipoteki dosłownie na kilka dni przed podpisaniem umowy darowizny. Córka Izdebskiego dostała jednak mieszkanie obciążone zobowiązaniami wobec ZUS. Jak się nieoficjalnie dowiedzieliśmy, otrzymała także zakaz dysponowania nieruchomością z tytułu roszczeń wniesionych przez Prokuraturę Generalną, czyli części niezwróconej skarbowi państwa, a konkretnie Ministerstwu Zdrowia, zaliczki. Jeśli sąd uznałby skargę Prokuratury za zasadną, umowa darowizny jako próba ucieczki z majątkiem została by uznana za nieważną. Ponieważ jednak Izdebski był jedynym członkiem zarządu E&K, tylko on odpowiadał prywatnym majątkiem za jej zobowiązania i po jego śmierci nie można się już domagać ich zwrotu. Według nieoficjalnych informacji córka Izdebskiego zapropnowała już przez swoją pełnomocniczkę „ugodę” w tej sprawie, czyli wycofanie skargi.

Niedzielski chce odzyskać „niewielką kwotę”

Według kursu euro z 14 kwietnia 2020 roku, a więc dnia podpisania umowy między Izdebskim a Ministerstwem Zdrowia, 35,1 mln euro zaliczki, jakie wypłacił resort, to w przeliczeniu 160 mln zł. Zamówiono więc 1241 respiratorów po cenach kilkakrotnie przewyższających rynkowe, Izdebski miał dostarczyć pierwsze już w kwietniu, kolejne w maju, a całość do końca czerwca 2020 roku, kiedy to wygasł kontrakt. Jednak jak wiadomo, w kwietniu i maju Izdebski nie dostarczył żadnego aparatu. Zaliczkę na nie od razu zwrócił.

Ostatecznie ministerstwo przyjęło dostawę zaledwie 200 respiratorów. Kolejnych ponad 400 aparatów marki Bellavista już nie chciało, bo przyszły po terminie. Izdebski zobowiązał się, że zwróci resztę pieniędzy, czyli 12 mln euro. Nie zrobił tego.

Komornik przejął 24 mln zł z kont spółki E&K, której za te same respiratory Bellavista zapłacił KGHM. Izdebski wciąż jednak miał do zwrotu grube miliony. W końcu w zeszłym roku komornik w imieniu Ministerstwa Zdrowia zajął ponad 400 aparatów Bellavista, których wcześniej resort nie chciał.

We wrześniu 2021 roku odbyła się ich licytacja. Aparaty, które

ministerstwo zgodziło się nabyć po 27 tys. euro za sztukę, miały na niej cenę wywoławczą 30 tys. zł za sztukę, czyli ponadczterokrotnie niższą. Nikt nie kupił ani jednego, bo nie nadają się do użytku w polskich szpitalach. Do tego trzeba je zaopatrzyć w certyfikaty, karty gwarancyjne, instrukcje, serwis, nowe baterie oraz przewody gazowe i elektryczne. To koszt rzędu milionów złotych.

Na razie zamiast zwrotu pieniędzy będzie więc musiało jeszcze więcej wydać. Mimo to odlicza wartość zajętych aparatów według stawek zapisanych w kontrakcie z Izdebskim od jego zobowiązań. Tak wynika z pisma, jakie wiceminister Waldemar Kraska wysłał do posłów KO Michała Szczerby i Dariusza Jońskiego, kiedy dopytywali o długi handlarza. Według tego samego pisma miał on jeszcze do zwrotu 4,6 mln euro głównej należności oraz 3,64 mln euro z tytułu kar umownych. Do tego powinno się doliczyć odsetki z dwóch lat. W przeliczeniu na złote chodzi więc o co najmniej 40 mln zł.

Tymczasem minister zdrowia Adam Niedzielski pytany w czwartek o pieniądze od handlarza powiedział, że chodzi już tylko o „niewielką kwotę”.

– Z tej kwoty 160 mln udało nam się odzyskać 140 mln zł, więc mówimy o niewielkiej kwocie 20 mln zł, która pozostała do odzyskania. Cały czas prowadzimy intensywne dyskusje z Prokuraturą Generalną, bo razem z nią dochodzimy swoich praw jako dłużnik – stwierdził Niedzielski.

Nie wiadomo, na jakiej podstawie ministerstwo twierdzi, że brakuje już „tylko” 20 mln. Poprosiliśmy w tej sprawie o dokładne wyliczenia. Wiadomo za to, że dyskusje z Prokuraturą Generalną po śmierci Izdebskiego niewiele już dadzą. ●

Minister zdrowia pytany w czwartek o pieniądze od handlarza powiedział, że chodzi już tylko o „niewielką kwotę”

ZDROWIE

Ideologia zamiast nauki

Czy powinniśmy płacić i uczestniczyć w WHO, skoro silnie skręca w stronę lewicowych ideologii

Zenon Baranowski

WHO obecnie „aktualizuje” podręcznik dla menadżerów służby zdrowia, w którym stwierdza, że jest więcej niż dwie płcie. Aktualizacja ta ma dokonać się w świetle rzekomych „nowych dowodów naukowych i postępu koncepcyjnego w zakresie płci, zdrowia i rozwoju”. – Wprowadzony przez WHO podręcznik „Gender mainstreaming dla menadżerów

zdrowia: praktyczne podejście” pokazuje dobitnie, że Światowa Organizacja Zdrowia w najmniejszym stopniu nie zamierza zajmować się zdrowiem, ponieważ koncentruje swoją uwagę na ideologii. Takie stanowisko musi budzić zdecydowany sprzeciw – mówi „Nasze-mu Dziennikowi” ks. prof. Paweł Bortkiewicz TChr.

Tomasz Latos, poseł PiS, przewodniczący Komisji Zdrowia, nie ma wątpliwości, że

WHO zamiast wypełniać swoje statutowe powinności, coraz częściej je zaniedbuje na rzecz nachalnego promowania ideologii gender. – Światowa Organizacja Zdrowia powinna się koncentrować na zadaniach, do jakich została powołana. Wciąż na świecie mamy bardzo nierówny dostęp do służby zdrowia. W krajach najbiedniejszych jest problem z dotarciem do podstawowych nawet terapii medycznych. A tym-

czasem WHO, jak gdyby nigdy nic, narzuca ideologiczne koncepcje. Tak nie powinno być – ocenia w rozmowie z „Naszym Dziennikiem” Tomasz Latos.

WHO coraz wyraźniej wychodzi przed szereg. – Próbuje narzucać poglądy ideologiczne całemu światu i poszczególnym krajom, które absolutnie się na to nie godzą – mówi nam Ewa Kowalewska, prezes polskiego oddziału Human Life International. □ Dokończenie na s. 3

ZDROWIE

Ideologia zamiast nauki

Dokończenie ze s. 1

Podstawą działania wszystkich agend ONZ, przede wszystkim Zgromadzenia Ogólnego, jest konsensus. W tym wypadku nie ma tego, nie ma żadnego konsensusu, nie ma nawet próby jego uzyskania, zamiast tego jest próba narzucania. – Powinniśmy sobie zdawać sprawę z tego, że jeżeli tam funkcjonuje pewna grupa ludzi, którzy lansują takie poglądy, to nie oznacza, że mają oni prawo do narzucania ich nam i naszym dzieciom – podkreśla Ewa Kowalewska.

WHO zapowiada „wyjście poza binarne podejście do płci i zdrowia w celu rozpoznania różnorodności płci i seksualności lub koncepcji, że tożsamość płciowa istnieje w kontinuum i że płeć nie ogranicza się do mężczyzny lub kobiety”. Ponadto przewidziane jest również wprowadzenie „nowych ram i narzędzi dotyczących płci, równości i praw człowieka w celu dalszego wspierania budowania potencjału wokół tych koncepcji i integracji ich podejść w pracy WHO”.

Posel Tomasz Latos zaznacza, że z każdym rokiem przybywa tematów i problemów do rozwiązania, które są aktualne w skali światowej. – Mamy epidemie, które się rozprzestrzeniają na kilku kontynentach. Ciągłe borykamy się z nierównym dostępem do leków, do nowoczesnych terapii, a czasem nawet do tych podstawowych. Wśród bolączek należy wymienić niewystarczający dostęp diagnostyki czy chociażby profilaktyki wielu poważnych chorób. To wszystko powinno być przedmiotem zainteresowań WHO, a nie kwestie forsowania za wszelką cenę ideologii – stwierdza Tomasz Latos.

Na zapowiedzi WHO w sprawie podejścia do „rozdzielenia kontinuum płci” wskazuje w rozmowie z „Naszym Dziennikiem” prof. Marcin Warchol, wiceminister sprawiedliwości. – Musimy jasno deklorować swoje stanowisko w tej sprawie,

które jest de facto stanowiskiem naukowym, racjonalnym. W tej kwestii Polska ma wielką rolę do spełnienia. Trzeba jednoznacznie wskazać, że to, co oni nam próbują narzucić, jest złem. My musimy apelować do rządów krajów członkowskich WHO, aby nie dali sobie wmówić, że tylko takie podejście jest słuszne. Tak mówią tylko progresywni pseudodziałacze praw człowieka, którzy nie mają nic wspólnego z prawami człowieka, za to w imię w politycznej ideologii niszczą rodzinę – nie ma wątpliwości prof. Marcina Warchola. Wiceminister przypomina, że już wcześniej WHO wydało dokumenty, zgodnie z którymi domagało się deprawacji najmłodszych dzieci.

– Pamiętamy wszyscy wytyczne WHO, które zachęcało do uczenia dzieci masturbacji, wytyczne, które były moralnym złem. Teraz również mamy do czynienia z promowaniem antywartości, próbą siania zgnilizny moralnej. Musimy się temu jasno sprzeciwić – zaznacza nasz rozmówca. – Światowa Organizacja Zdrowia od lat pokazuje, że jest organizacją o – delikatnie rzecz ujmując – dość wątpliwej reputacji. To WHO usunęła homoseksualizm z listy chorób na podstawie tak zwanych „badań” niejakiego Alfreda Kinseya, pedofila i dewianta seksualnego. Przez lata natomiast traktowała ciążę jako chorobę. Kilka chwil po wprowadzeniu na rynek farmaceutyczny viagry wprowadziła impotencję męską na listę chorób. WHO przeprowadziła kontrolę laboratorium w Wuhanie przez grupę kontrolną pod kierunkiem najbliższego współpracownika dr Shi Zhengli, kierownik tegoż laboratorium – wskazuje ks. prof. Bortkiewicz.

Narzucanie aborcji

Ewa Kowalewska przyznaje, że WHO bardzo agresywnie lansuje aborcję. Zwraca uwagę, że takich elementów narzucanych przez WHO jest więcej. A ostatnio ogłoszono stan pandemii

malpiej ospy, w sytuacji kiedy jej przypadków na świecie jest niewiele.

Szefowa polskiego oddziału HLI zastanawia się, czy WHO chodzi o zdrowie, czy też o co innego. Zważywszy na to, że po zmianie definicji zdrowia pojęcie to przestało oznaczać brak choroby, a zaczęło oznaczać stan dobrego samopoczucia czy dobrostanu, można w ten zakres wpisać wszystko. Ewa Kowalewska podkreśla, że realizacja genderowych pomysłów krzywdzi dzieci i prowadzi do problemów ze zdrowiem w wieku dorosłym.

Musimy jasno deklorować swoje stanowisko w tej sprawie, które jest de facto stanowiskiem naukowym, racjonalnym. W tej kwestii Polska ma wielką rolę do spełnienia. Trzeba jednoznacznie wskazać, że to, co oni nam próbują narzucić, jest złem.

Prof. Marcin Warchol
wiceminister
sprawiedliwości

W związku z tym zasadne jest postawienie pytania, czy należy np. finansować taką organizację jak WHO. – Trzeba postawić sobie pytanie o dopuszczalność finansowania tej organizacji, która przestała spełniać swoje cele, a nadto wpisuje się coraz mocniej w służbę przeciwko życiu człowieka. Z całą pewnością należy ignorować wiele orzeczeń WHO, a samej organizacji nie traktować jako „świętej krowy”. Jest to organizacja skompro-

mitowana, która domaga się głębokiej reformy albo rozwiązania w obecnej postaci – uważa ks. prof. Bortkiewicz.

Posłowie już wcześniej zwracali uwagę na niepożądane działania WHO. W swojej interpelacji poseł Dominika Chorościńska wskazywała na krytykę organizacji za „coraz intensywniejsze promowanie swojej ideologicznej agendy niezależnie od okoliczności” oraz „za coraz większe uzależnienie finansowe od miliarderów intensywnie wspierających przemysł aborcyjny oraz koncernów farmaceutycznych”.

Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na interpelację poinformowało, że w okresie 2015–2020 Polska finansowała WHO corocznie sumami wynoszącymi ok. 2 mln dolarów i ok. 2 mln franków szwajcarskich (dotacja była przekazywana w tych dwóch walutach). Resort zaznaczał, że te wpłaty to składki obowiązkowe wynikające z samego członkostwa w WHO i z ratyfikowania przez nasz kraj konstytucji WHO. „Składki obowiązkowe, z samej swej natury, nie mogą być przeznaczane przez państwo dokonujące wpłaty na konkretne cele. Niemniej jednak to państwa członkowskie, na forum Światowego Zgromadzenia Zdrowia, decydują o kierunkach prac organizacji, akceptując kolejne Generalne Programy Prac (General Programme of Work – GPW), będące 4-letnią strategią działania Organizacji, oraz – raz na dwa lata – budżet WHO” – stwierdził wiceminister zdrowia Waldemar Kraska.

Ministerstwo w odpowiedzi na interpelację podkreśliło, że „podstawowym celem Polski (w kontekście zdrowia seksualnego i prokreacyjnego) podczas procesu uzgodnień dokumentów na forum WHO jest przeciwdziałanie akceptacji sformułowań niezgodnych z polskim prawem oraz przeciwdziałanie nadaniu wcześniej wynegocjowanym zapisom znaczenia niezgodnego z polskim prawem”. „Przedsta-

wicie Polski uczestniczący w wypracowywaniu tekstu dokumentów na forach międzynarodowych zawsze kierują się naczelną zasadą polskiego systemu prawnego, który stoi na straży ochrony życia ludzkiego na każdym etapie jego rozwoju” – zaznaczył wiceminister.

Czy Polska może zaprzestać finansowania WHO? Jest to możliwe, ale resort przyznaje, że wiązałoby się to z utratą wsparcia tej organizacji. „Należy również podkreślić, że zgodnie z art. 7 Konstytucji WHO zaprzestanie opłacania składek obowiązkowych wiązałoby się z możliwością odebrania Polsce przez WHO prawa głosu na forum Światowego Zgromadzenia Zdrowia i prawa do korzystania ze wsparcia Organizacji, do którego uprawnieni są jej członkowie” – podsumowuje Ministerstwo Zdrowia.

Mocne stanowisko

Również prof. Marcin Warchol podnosi kwestię dalszego uczestnictwa Polski w Światowej Organizacji Zdrowia. – Nasze stanowisko musi tam mocno wybrzmieć. Jeśli na własne życzenie zrezygnujemy z uczestnictwa w tej agendzie ONZ, to tym samym stracimy możliwość zabierania głosu w tej sprawie. A nie o to chodzi. Trzeba jasno artykułować swoje zdanie. Należy złożyć po imieniu. To nasza fundamentalna rola. Nie możemy o niej zapominać – akcentuje prof. Marcin Warchol. Przestrzega jednocześnie przed popadaniem w marazm czy wręcz ślepym powielaniem ideologicznych wytycznych WHO. – Nie możemy poddawać się zniechęceniu, bo to jest także narzędzie Szatana. Musimy być stanowczy i tym samym dawać przykład innym państwom, że trzeba się przeciwstawić złu. Tylko w ten sposób zwycięży prawda, zwycięży dobro, zwycięży ludzkość – apeluje prof. Marcin Warchol. ■

Zenon Baranowski
Współpraca Urszula Wróbel