



Sprawdź  
ATRAKCYJNĄ  
OFERTE  
PRENUMERATY



WOJNA  
BOMBARDOWANIE  
SZPITALI – STRATEGIA  
PUTINA



KARDIOLOGIA  
PRZECHODZONY ZAWAŁ  
I PĘKNIĘTE SERCA

# SLUŻBA ZDROWIA

ROK ZAŁOŻENIA 1949

UCHODŹCĄ  
W KONTRAKT

DEPRESJA  
Z WOJNĄ W TLE

MEDYCYNĄ  
JEST MĘŻCZYZNĄ



# BLOK(ADA) REFORM



where  
**science**  
meets **humanity**™



## Biogen – jesteśmy pionierami neuronauki

Prowadzimy pionierskie badania naukowe, które poszerzają wiedzę na temat układu nerwowego. Dzięki zastosowaniu nowych technologii cyfrowych oraz włączeniu doświadczeń społeczności pacjentkich możemy pogłębić rozumienie oraz chronić cechy i wartości fundamentalne dla człowieka.

[www.biogen-poland.pl](http://www.biogen-poland.pl)

 **Biogen.**®

Biogen-60776

# SPIS TREŚCI

- 5 **PO PANDEMII**  
Renata Furman
- 6 **co powiedzieli**  
Łukasz Jankowski, Waldemar Kraska,  
Mateusz Morawiecki, Adam Niedzielski
- 8 **system**  
BLOK(ADA) REFORM  
Małgorzata Solecka
- 12 **samorząd**  
TRZEBA Z ŻYWYMI NAPRZÓD IŚĆ  
Małgorzata Solecka
- 15 **felieton**  
REFORMA, ALE DLA KOGO?  
Andrzej Sośnierz
- 16 **wojna**  
BOMBARDOWANIE  
SZPITALI – STRATEGIA PUTINA  
Krzysztof Boczek
- 24 **SYTUACJA I POTRZEBY**  
SZPITALI NA UKRAINIE  
Krzysztof Boczek
- 28 **WOJNA TO NIEWYOBRAŻALNY**  
CZYNNIK STRESOWY  
Z lek. Tacjąą Wilczyńską  
rozmawia Martyna Tomczyk
- 36 **leki**  
ZA CO TRZYMAJĄ NAS CHINY?  
Halina Pilonis
- 40 **wywiad**  
MÓWIMY O BRAKU KADR  
Z dr Elżbietą Słojewską-Poznańską  
rozmawia Katarzyna Cichosz



## 20 Uchodzącą w kontrakt



## 32 Depresja z wojną w tle

- 44 **kadry**  
MEDYCYNĄ JEST MĘŻCZYZNĄ  
Oliwia Tarasiewicz-Gryt
- 48 **zdrowie publiczne**  
GRYPA W SEZONIE 2021/22  
I CO DALEJ?  
Ewa Szarkowska
- 56 **gastroenterologia**  
NZJ: PERSONALIZACJA KLUCZEM  
DO SKUTECZNEGO LECZENIA  
Halina Pilonis
- 58 **profilaktyka**  
BEZPŁATNE SZCZEPIENIA PRZECIWIW  
HPV – OSTATNIA SZANSA NA  
REALIZACJĘ?
- 60 **wywiad**  
CZY OCHRONA ZDROWIA  
POTRZEBUJE RATOWNICTWA  
MEDYCZNEGO?  
Z Mariuszem Gierusem  
rozmawia Katarzyna Wolska
- 62 **wydarzenia**  
PATIENT EMPOWERMENT 2022  
Halina Pilonis
- 74 **książki**  
PANDEMIA I 4 KSIĄŻKI  
Małgorzata Solecka
- 78 **profilaktyka**  
SZCZEPIONKI SKOJARZONE –  
SUKCES MEDYCYNY ORAZ  
KOMFORT MAŁEGO PACJENTA
- 80 **wywiad**  
GENETYKA KLINICZNA POTRZEBUJE  
SILNEGO WSPARCIA  
Z prof. dr hab. n. med. Anną Latos-Bieleńską  
rozmawia Ewa Szarkowska



## 52 Przechodzony zawał i pęknięte serca



# ŻYJMY ZDROWO

Fundacja Żyjmy Zdrowo uruchamia program pomocy humanitarnej i medycznej dla Ukrainy. W tym celu zostanie zorganizowana zbiórka środków finansowych, które będą przeznaczone na celowaną pomoc dla uchodźców z Ukrainy.

The Żyjmy Zdrowo Foundation is launching a humanitarian and medical aid program for Ukraine. For this purpose, a collection of funds will be organized, which will be allocated to targeted aid for refugees from Ukraine.

**Konto jest ogólnodostępne i może je zasilić każdy.**

The account is open to the public and anyone can pay it up.

**Środki można wpłacać na rachunek o numerze:**

Funds can be deposited into the account number:

**09 1020 1185 0000 4902 0326 4108 PLN**

**24 1020 1185 0000 4602 0326 4082 EUR**

**29 1020 1185 0000 4402 0326 4090 GBP**

# POMAGAMY UKRAINIE

---

# WE HELP UKRAINE



**RENATA FURMAN**  
redaktor naczelna

## Po pandemii

Adam Niedzielski, minister zdrowia, z dniem 16 maja br. przełączył nam światła w sygnalizatorze zdrowia. Z tym dniem bowiem stan epidemii COVID-19 został prawnie zniesiony. „To nie jest żadne zniesienie epidemii, tylko – mówiąc symbolicznie – przełączenie czerwonego światła w sygnalizatorze, które się świeciło od dwóch lat, na światło pomarańczowe, które pokazuje, że jest ryzyko, jest zagrożenie, ale sytuacja zmierza w dobrym kierunku” – powiedział minister i stan epidemii zastąpił stanem zagrożenia epidemicznego.

Praktycznie z pandemią pożegnaliśmy się już 1 kwietnia, kiedy to rząd zniósł prawie wszystkie obostrzenia. Z tym dniem chorzy na COVID-19 nie muszą już być obowiązkowo izolowani, NFZ zaprzestał między innymi finansowania testowania, a Ministerstwo Zdrowia zniosło finansowanie oddziałów covidowych i szpitali tymczasowych. Szpitale te zaczęły więc jeden po drugim wygaszać swoją działalność, chorzy, którzy wymagali jeszcze leczenia byli przenoszeni do innych placówek, ci, których stan zdrowia na to pozwalał, wypisywani do domów.

Wiele osób zadawało sobie pytanie, co stanie się ze szpitalami tymczasowymi, których utworzenie kosztowało budżet blisko 600 milionów złotych. Przyjęte rozwiązania są różne, tak jak różne bywają regionalne czy lokalne potrzeby zdrowotne. Znaczna część szpitali powróci do wcześniejszej, przedpandemicznej działalności, celem wielu jest przywrócenie bezpieczeństwa leczenia pacjentom internistycznym, to oni bowiem najczęściej czekali na miejsca w szpitalnych oddziałach, gdzie indziej powstaną na przykład ośrodki pulmonologiczne, które wykorzystają specjalistyczną bazę sprzętową utworzoną w czasie pandemii dla pacjentów z COVID-19. Dyrektorzy niektórych zapowiedzieli przygotowanie miejsc zakwaterowania dla uchodźców z Ukrainy.

Likwidacja tymczasowych szpitali jest wprawdzie zadaniem nieporównanie łatwiejszym, niż ich utworzenie, nawet jeśli wymagało ono tylko przekształcenia dotychczasowych oddziałów, niemniej jednak wiąże się i z kosztami, i z dużym wysiłkiem organizacyjnym. Przy codziennym funkcjonowaniu placówek szpitalnych, pracujących w trudnych warunkach finansowych, borykających się z brakiem kadr i walką z narosłym w czasie pandemii długiem zdrowotnym, co w przełożeniu na praktykę oznacza lawinowe zgłaszanie się chorych z pilnymi wskazaniami do przyjęcia, proces przekształcania i przeorganizowywania tymczasowych oddziałów stanowi dodatkowe wyzwanie, z którym przyszło się mierzyć wielu polskim szpitalom.

## ŚLŹBA ZDROWIA

### WYDAWCA

„Sanitas” sp. z o.o.,  
ul. Glogera 2 lok. 5, 02-051 Warszawa  
tel. (22) 877 27 71  
www.sluzbazdrowia.com.pl  
redakcja@sluzbazdrowia.com.pl

### SEKRETARIAT

tel. (22) 592 47 80  
sekretariat@sluzbazdrowia.com.pl

### REDAKTOR NACZELNA

Renata Furman  
renata.furman@sluzbazdrowia.com.pl

### I ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO

Mariusz Gujski

### ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO

Tomasz Kobosz  
tomasz.kobosz@sluzbazdrowia.com.pl

### FELIETONIŚCI

Marek Nowicki, Andrzej Sośnierz

### DZIAŁ KLINICZNY I NAUKOWY

Tomasz Kobosz (szef działu),  
Ewa Biernacka, Justyna Grzechocińska,  
Mariusz Kielar, Marcin Welnicki

### STALI WSPÓŁPRACOWNICY

Krzysztof Boczek, Halina Pilonis,  
Małgorzata Solecka, Ewa Szarkowska,  
Oliwia Tarasewicz-Gryt, Martyna Tomczyk

### DZIAŁ MARKETINGU I REKLAMY

Bogusława Wołosz  
tel. (22) 877 27 71  
boguslawa.wolosz@ww1.com.pl

### FINANSE I OGŁOSZENIA

Bożena Grela  
tel. (22) 877 27 71;  
ksiegowosc@sluzbazdrowia.com.pl

### SKŁAD I ŁAMANIE

Ewa Przytuła

### KOREKTA

Bożena Sigismund, Janusz Sigismund

Konto: „Sanitas” sp. z o.o.  
Bank PeKaO SA XIII O/Warszawa Filia Ciołka  
24 1240 2034 1111 0000 0307 0761

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Zastrzegamy sobie prawo redagowania i skracania nadesłanych tekstów.

Nie odpowiadamy za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń.

# ” Cytaty miesiąca



*Stan zagrożenia epidemicznego to stan, kiedy powinniśmy mieć w tyle głowy, że koronawirus jest wśród nas, nie znika.*

**Waldemar Kraska**  
sekretarz stanu  
w Ministerstwie Zdrowia



*Podnosimy je [płace] sukcesywnie i w tym roku po raz kolejny będą one także podniesione. Zdaje się, że uzgodnienia z ministrem zdrowia są takie, aby były podniesione już od początku drugiej połowy tego roku*

**Mateusz Morawiecki**  
prezes Rady Ministrów

*Opracowaliśmy ustawę o jakości, która określi oczekiwania pacjentów. Ważna jest jakość obsługi, którą będziemy mierzyć na wszystkich etapach leczenia, począwszy od rejestracji.*

**Adam Niedzielski**  
minister zdrowia

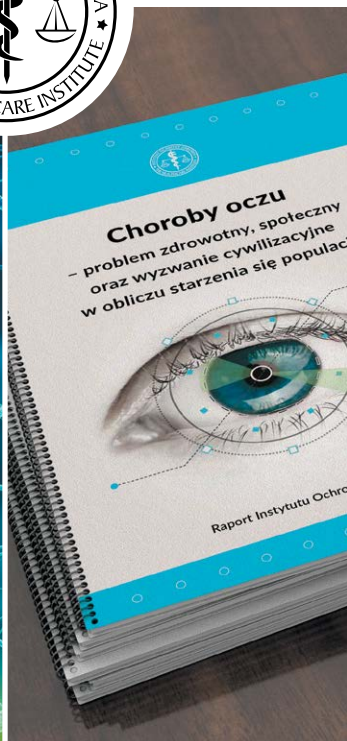


*Priorytetem w mojej koncepcji samorządu przyszłości jest wprowadzenie systemu no-fault i wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej, poprawa wizerunku lekarza i prestiżu zawodu oraz stworzenie wśród nas poczucia wspólnoty.*

**Łukasz Jankowski**  
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



# Instytut Ochrony Zdrowia



**Instytut Ochrony Zdrowia** jest ośrodkiem analitycznym typu think tank, działającym od 2012 roku. Impulsem powstania Instytutu była podnoszona przez wielu interesariuszy ochrony zdrowia potrzeba definiowania przez niezależny podmiot możliwych odpowiedzi na wyzwania, jakie stoją przed polskim systemem służby zdrowia, oraz wyznaczania i wskazywania priorytetów w obszarze zdrowia, zarówno w aspekcie medycznym, jak i społecznym oraz systemowym.

**Instytut wspiera dyskusje i kluczowe procesy decyzyjne** w ochronie zdrowia, poprzez generowanie wyjątkowych treści, opinii i analiz. Myślą przewodnią pracy Instytutu jest analizowanie wybranych zagadnień z perspektywy zdrowotnej, społecznej oraz ekonomicznej, aby zapewnić możliwie pełny obraz sytuacji.

**Instytut opracowuje raporty i rekomendacje** dotyczące konkretnych problemów zdrowotnych, organizacyjnych czy decyzyjnych w ochronie zdrowia, przygotowuje stanowiska i rekomendacje w ramach pracy grup kluczowych liderów opinii, przygotowuje od strony merytorycznej **kongresy i konferencje naukowe** i systemowe w obszarze zdrowia.

# BLOK(ADA) REFORM

**Krajowy Program Reform na lata 2022–2023, przyjęty przez rząd pod koniec kwietnia i przekazany do Brukseli, przewiduje – między innymi – wejście w życie ustaw o jakości w ochronie zdrowia oraz modernizacji szpitali.**

**Nikt ochronie zdrowia tyle nie da, ile KPR obieca. Los kluczowych ustaw, nad którymi pracuje Ministerstwo Zdrowia, wisi na włosku. Podobnie jak cały system.**



**A MAŁGORZATA SOLECKA**

Dziennikarka specjalizująca się w tematyce ochrony zdrowia

**C**hoć z systemem, podobno, nie jest źle. Minister zdrowia, który w kwietniu odebrał od jednego z tygodników opinii tytuł Wizjonera Zdrowia, ocenił pod koniec kwietnia podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego, że system ochrony zdrowia można uznać za odporny na wstrząsy, gdyż poradził sobie z wyzwaniem, postawionymi przez pandemię, a teraz z sukcesami mierzy się z wyzwaniem, jakie stwarza wojna w Ukrainie. Adam Niedzielski nie wspominał, że Polska w ciągu dwóch lat pandemii była jednym ze światowych liderów, wśród państw wysokorozwiniętych, nadmiernej umiarkowości – kwestia wysokiej liczby zgonów w latach 2020–2021 jest czymś, nad czym minister zdaje się przechodzić do porządku dziennego. Gdyby było inaczej, szefowi resortu zdrowia nie przeszłyby przez gardło słowa o odporności systemu – nawet jeśli trzeba je rozumieć jak opis procesu, który ciągle trwa, choć punkt ciężkości już został osiągnięty, dzięki trafnym decyzjom politycznym – budowanej na fundamentach wyraźnie lepszemu finansowaniu (!), dbałości o kadry medyczne oraz digitalizacji.

Krajowy Program Reform na lata 2022–2023 tchnie nieco większym realizmem. Rząd przyznaje, że system ochrony zdrowia jest niedofinansowany, co negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie, decyzje inwestycyjne i podział zasobów. Dokument jest sprzężony z Krajowym Planem Odbudowy. Nie jest, bo Krajowy Plan Odbudowy nie został zaakceptowany przez Komisję Europejską, a kurek z pieniędzmi, które mają pomóc odbudować się Polsce po pandemii COVID-19, ciągle jest zakręcony. Pat w sprawie będzie trwać tak długo, aż rząd Zjednoczonej Prawicy nie porozumie się z UE w sprawie praworządności – warunki brzegowe, na czele z likwidacją nielegalnej Izby Dyscyplinarnej Sądu Najwyższego, Bruksela określiła już dawno. Albo – na co zdaje się liczyć Warszawa – Komisja Europejska podejmie decyzję niezależnie od stanu praworządności, oślepią metodą „na horom curkę”, czyli – na utrzymanie ukraińskich uchodźców w Polsce. Bo ewentualne działania na rzecz przynajmniej częściowego wycofania się z kwestionowanych przez UE rozwiązań w sądownictwie skutecznie blokuje minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro.



Brak pieniędzy z KPO stawia pod znakiem zapytania możliwość wprowadzenia wielu rozwiązań, ale Krajowy Program Reform jest skonstruowany tak, jakby pieniądze miały do Polski trafić. Być może jest to założenie słuszne. Pytanie jednak, co się stanie, jeśli nie trafią? W reformowaniu systemu ochrony zdrowia kluczowy ma być trzeci kwartał tego roku, kiedy mają wejść w życie przepisy ustaw o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Ani jeden z tych projektów nie został przyjęty jeszcze przez rząd, choć zapewne w przypadku Krajowej Sieci Onkologicznej (zgłoszono do niego wiele uwag, również fundamentalnych, ale jednak przede wszystkim merytorycznych) nie powinno być problemu ani z akceptacją na poziomie rządu, ani z uchwaleniem przez parlament. Wręcz przeciwnie niż w przypadku dwóch pozostałych projektów, które Adam Niedzielski określa jako „fundamentalne”, „konstytucyjne” dla ochrony zdrowia, a co do których powiedzieć, że budzą wątpliwości, to nic nie powiedzieć.

Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta jest, jak mówił minister, na etapie drugiego obiegu konsultacji wewnątrzrządowych, po zakończonych – wiele miesięcy temu – konsultacjach publicznych. Mówiąc wprost, blokowany jest na dwóch poziomach: z jednej strony, jak przyznał Adam Niedzielski, podnoszone są kwestie finansowe (projekt zakłada utworzenie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Niepożądanych, na wzór już funkcjonującego Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, z którego miałyby być wypłacane odszkodowania pacjentom, którzy ucierpieli na skutek zdarzenia medycznego), ale to wydaje się przeszkodą stosunkowo nietrudną do pokonania. Mount Everest przeszkód to sprzeciw ministra sprawiedliwości: Zbigniew Ziobro już na początku procedowania projektu jasno określił swoje stanowisko – tak jasno, że do tej pory Ministerstwo Zdrowia nie przedstawiło raportu z konsultacji publicznych. Bardzo oględnie rzecz ujmując – minister sprawiedliwości nie popiera żadnej formy systemu *no fault*, a konkretnie – zdecydowanie sprzeciwia się zwalnianiu z odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarzy i innych pracowników medycznych, jeśli pacjent poniesie uszczerbek na zdrowiu lub umrze w związku z wykonywanymi procedurami medycznymi.

Demonstracją niezgody było powołanie przez resort sprawiedliwości Instytutu Ekspertyz Medycznych w Łodzi, który ma pełnić de facto funkcję „nadbieglego” w sprawach związanych z błędami medycznymi oraz projekt nowelizacji Kodeksu karnego, którego jednym z elementów jest ponowna próba zaostrzenia kar za nieumyślne spowo-

dowanie śmierci. Ministerstwo Zdrowia miało też usłyszeć od ministra sprawiedliwości i jego współpracowników, że w przypadku forsowania systemu *no fault* resort Zbigniewa Ziobry przedstawi opinii publicznej część szczegółów postępowań toczących się w sprawach o błędy medyczne – można się domyślić, że wybrano by najbardziej bulwersujące.

Adam Niedzielski nie traci wiary w sukces i publicznie deklaruje, że z ustawą o jakości nie będzie się spieszyć, że będzie ona procedowana z namysłem, a czas zostanie wykorzystany na próby przekonania oponentów. Ale to, co słyszy od polityków Solidarnej Polski, nie napawa optymizmem: resort sprawiedliwości domaga się utrzymania sankcji karnych. „Bez orzekania o winie” zwalniałoby lekarzy (a także inne uregulowane zawody medyczne) z odpowiedzialności zawodowej w przypadku dobrowolnego zgłoszenia zdarzenia niepożądanego. Postępowanie cywilne ma pozostawać w gestii poszkodowanego pacjenta, bo nawet jeśli będzie się ubiegać o odszkodowanie z Funduszu Kompensacyjnego, nie zamknie mu to drogi sądowej. Niewykluczone – choć trudno sobie wyobrazić sens takiej decyzji – że resort zdrowia się ugnie. Minister Adam Niedzielski podczas kwietniowej konferencji „Bezpieczeństwo pacjenta”, jaka odbyła się w Gdańsku, współorganizowanej przez Rzecznika Praw Pacjenta – kluczowej instytucji w systemie *no fault* dawał do zrozumienia, że nie chodzi wyłącznie o sprzeciw Ministerstwa Sprawiedliwości: – Na pewno system *no fault*, o którym marzyliśmy wszyscy, jest kontrowersją i to trzeba otwarcie powiedzieć, bo my jesteśmy do niego w stu procentach przekonani, ale na poziomie politycznym jest trudny do wytłumaczenia – podkreślał, dodając, że opinii publicznej trudno wyjaśnić związek „bezkarności lekarzy” (bo tak rozumiany jest system *no fault*) z bezpieczeństwem i jakością w ochronie zdrowia. Stwierdził też, że wejście w życie ustawy o jakości jest priorytetem, nawet jeśli miałyby ona nie być tak doskonała, jak tego wszyscy chcemy. Czym minister zdrowia chce przekonać kolegę z rządu do poparcia swojej koncepcji? – Przygotowaliśmy merytoryczną analizę pokazującą, jak ten system działa w innych krajach. To właśnie dzięki brakowi dochodzenia winy jest szansa na to, że takie zdarzenia będą zgłaszane, a pacjenci otrzymają szybko odszkodowanie. Poza tym wyłączyliśmy kwestię zgonów z klauzuli *no fault*. System, który proponujemy, ma być nowoczesny, ale i wyważony – tłumaczył w kwietniu w mediach. Sugerując, że przez ostatnie lata – przecież do systemu *no fault* próbowali przekonywać rząd zarówno Konstanty Radziwiłł, jak i Łukasz Szumowski – takich „merytorycznych analiz” i argumentów opartych na faktach, być może, zabrakło.

Zasadnicze pytanie, jakie należałoby sobie postawić, brzmi: – Czy decydenci podzielają rzeczywiście wiarę w zasadę *no fault* w takim kształcie, w jakim działa ona w krajach z powodzeniem ją stosującym (a nie w takim, jaki proponuje projekt resortu zdrowia, nieakceptowany choćby przez samorząd lekarski właśnie dlatego, że zamiast systemu *no fault* wprowadza jego erzac)? Jest to wątpliwe, skoro jednym z powodów, dla których na ostrzu noża stała kwestia bezpieczeństwa ruchu lotniczego, było właśnie naginanie zasady *no fault* i próby wyciągnięcia konsekwencji w sytuacji zgłaszania przez kontrolerów zdarzeń, potencjalnie mogących grozić katastrofą. Lotnictwo było przez lata punktem odniesienia dla systemu ochrony zdrowia – ale w polskich realiach, również, jak się wydaje, coś zaczęło szwankować.

Projekt ustawy o jakości jest oczekiwany, wręcz – pożądany. Mimo to jego los nie wydaje się przesadzony. Projekt ustawy o szpitalnictwie, mówiąc bardzo powściągliwie, nie jest „wyglądany” tak niecierpliwie. Do „konstytucji szpitalnictwa” zgłoszono w projekcie konsultacji publicznych ok. 2,6 tys. uwag, o czym minister zdrowia informował z nieskrywaną dumą. Problem polega na tym, że – jak twierdzą choćby eksperci Związku Powiatów Polskich, którzy mieli dostęp do dużej części tych uwag – są one jednoznacznie krytyczne.

Związek Powiatów Polskich przygotował analizę skutków ustawy restrukturyzacyjnej, z której wynika, że jedynie co dziesiąty szpital prowadzony przez powiat (lub wcześniej przekształcony z SPZOZ w spółkę prawa handlowego) mógłby liczyć, biorąc pod uwagę dane z 2020 roku, na kategorię A. Połowa szpitali mieści się w kategorii B, natomiast w kategoriach C i D – które miałyby objąć zdecydowane działania ze strony Agencji Rozwoju Szpitali – łącznie aż 40 proc. Nieco lepiej (więcej procentowo szpitali w kategorii A i mniej w kategorii D) radzą sobie SPZOZ-y niż szpitale przekształcone w spółki. Samorządowcy nie mają wątpliwości – to potężny krok w kierunku redukcji lub likwidacji dużej części placówek powiatowych. Kropkę nad i postawił lider ludowców Władysław Kosiniak-Kamysz, który podczas Kongresu Polska Wieś wprost zaapelował: – Ratujmy szpitale powiatowe, które rząd chce likwidować!

Wydaje się, że podobnie postrzegają pomysł resortu zdrowia nawet politycy PiS. Podczas posiedzenia zarządu ZPP pod koniec marca wiceprezes ZPP i jednocześnie poseł Prawa i Sprawiedliwości Tadeusz Chrzan tonował wzburzone nastroje kolegów, stwierdzając, że dyskusje nad projektem dotyczą czegoś, co w praktyce już nie istnieje, bo wraz z odejściem z resortu zdrowia wiceministra Sławomira Gadomskiego (objął stanowisko wiceprezesa

Agencji Badań Medycznych – red.) projekt ustawy o szpitalnictwie „umarł śmiercią naturalną”. Zdaniem posła, który zasiada również w Komisji Zdrowia, nawet gdyby się okazało, że trafi on jednak do sejmu, to w takim kształcie, w jakim przygotowało go Ministerstwo Zdrowia, szans na uchwalenie praktycznie nie ma. Mniej jednoznacznie, ale w sumie w podobnym duchu podczas EEC mówił o projekcie szpitalnym wiceprzewodniczący Komisji Zdrowia Bolesław Piecha. Stwierdził on co prawda, że szpitale bezwzględnie trzeba reformować, natomiast zdystansował się od konkretnych rozwiązań centralizacyjnych, wpisanych do projektu. Stwierdził również, że w najbliższych miesiącach projekt ustawy nie wydaje się priorytetem (!).

6 maja Adam Niedzielski zapowiedział przedstawienie nowej, uwzględniającej część zgłoszonych uwag, wersji projektu. Przez cały maj, mówił minister zdrowia, będzie trwać kolejna tura konsultacji, do których zaproszone będą zarówno organizacje szpitali jak i samorządów terytorialnych. Nie bez znaczenia jest tutaj kalendarz polityczny. Nawet jeśli uznać słowa Kosiniaka-Kamysza o planach likwidacji szpitali za polityczną przesadę i próbę zbijania punktów przez lidera części opozycji, ustawa niewątpliwie przeora mapę szpitali (co byłoby zresztą częściowo pożądane), wymuszając przekształcenie części z nich w ośrodki opieki długoterminowej (w całości lub w dużej części). I nawet jeśli uznać, że to potrzebne i pożądane – bo tak jest – kalendarz wyborczy jest bezwzględny: wybory parlamentarne na jesieni 2023 roku, lub wcześniej, to wielki hamulcowy wszelkich trudnych zmian. A zmiany w sieci szpitali należą do kategorii ultratrudnych.

Zwłaszcza że podmioty lecznicze podnoszące się z pandemii czekają kolejne trudne miesiące, a rozkręcona spirala inflacyjna, napędzająca koszty (w tym koszty pracy), tylko częściowo będzie łagodzona spodziewanym większym wpływem środków do systemu – większym, bo wynikającym z podatku inflacyjnego. Jak bardzo zniweluje on ponowną rewolucję podatkową? W marcu ZUS przekazał do NFZ znacząco wyższe środki ze składki odprowadzanej przez przedsiębiorców – ale ten efekt Polskiego Ładu może zostać w dużym stopniu utracony w lipcu, gdy zgodnie z zapowiedzią mają wejść nowe zasady podatkowe – również w obszarze składek zdrowotnych (choć tylko dla części przedsiębiorców). Po dużej nowelizacji planu finansowego Fundusz zaraz przygotował mniejszą, ale też znaczącą. Wzrost płac, ciągle wyprzedzający inflację, daje podstawy do myślenia, że będą kolejne zmiany planu – ale płace w ochronie zdrowia również wzrosną, i to skokowo, też od lipca. To wszystko wygląda jak samonapędzające się perpetuum mobile, przy czym większego sensu (czytaj – zmiany) trudno w tym ruchu się dopatrywać. ■



**Z**akończone konsultacje publiczne projektu ustawy o wynagrodzeniach minimalnych w ochronie zdrowia zakończyły się bez większych zaskoczeń: organizacje pracowników medycznych, nieobecne przy podpisywaniu porozumienia 5 listopada 2021 roku, które opisuje zręby projektu łącznie z siatką wynagrodzeń minimalnych, oprotostowały propozycje Ministerstwa Zdrowia. Zastrzeżenia, bardzo poważne, mają też organizacje pracodawców, które w jesiennych negocjacjach uczestniczyły, ale nie pozostając w ich głównym nurcie.

W uwagach, zgłoszonych do projektu, oprócz niezadowolenia z poziomu wskaźników, przez które będzie mnożona kwota bazowa mocno wybrzmiewają obawy o brakujący element, czyli brak ustawowych regulacji dotyczących finansowania podwyżek, zarówno w podmiotach działających całkowicie w sektorze prywatnym, jak i w tych, które otrzymują kontrakty z NFZ. Szczególnie mocno aspekt dot. poziomu wskaźników podkreślają organizacje lekarskie. Zresztą trudno tu mówić o zaskoczeniu, bo nowa siatka mocno spłaszcza wynagrodzenia, również w obrębie grupy lekarzy, a m.in. Naczelna Rada Lekarska przypomina, że postulat trzech średnich

krajowych dla lekarzy specjalistów jako wynagrodzenia minimalnego ciągle jest aktualny. – Zawarte w ocenie skutków regulacji lakoniczne stwierdzenie, że źródłem sfinansowania wydatków poza budżetem państwa będzie Narodowy Fundusz Zdrowia nie daje odpowiedzi o szczegółowy sposób finansowania takich wydatków, tak aby ciężar wprowadzanych zmian nie został w całości lub części przerzucony na podmioty lecznicze – czytamy w stanowisku Prezydium NRL.

Z kolei Pracodawcy RP zwracają uwagę, że choć w systemie ochrony zdrowia „bez wątpienia zachodzą zmiany korzystne”, niezmiennie niekorzystny jest poziom finansowania oraz brak rozwiązań systemowych dotyczących wyceny świadczeń zdrowotnych. – Sytuacja polskiego pacjenta z roku na rok uległa pogorszeniu. Pogorszeniu uległa również kondycja finansowa podmiotów leczniczych. Spadek realizacji procedur i liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych, to wciąż narastający problem tzw. długu zdrowotnego. Do tego dochodzi jeszcze niezwykle dynamiczny wzrost kosztów działalności podmiotów leczniczych oraz nierówne ich traktowanie – głosi stanowisko organizacji.

Pracodawcy RP podkreślają, że jednym z najpoważniejszych problemów jest brak określenia źródła finansowania podwyżek „w szczególności w odniesieniu do podmiotów nieposiadających kontraktów z NFZ”. – Być może minister zdrowia ma w planach zabezpieczenie finansowe, ale nie ma na ten temat żadnej wzmianki ani w treści projektowanej ustawy, ani w uzasadnieniu.

Koszty ustawy – tylko w drugim półroczu 2022 roku, przekroczą 7 mld zł (dla porównania – pierwsza nowelizacja planu finansowego zakłada wpływ dodatkowych 9 mld zł w skali całego roku). Ale to szacunki tylko dla podmiotów, które mają kontrakt z NFZ.

A co z tymi, którzy kontraktów nie mają? – Skutki finansowe projektowanych zmian legislacyjnych dotkną w równym stopniu sektor usług medycznych, realizujących świadczenia medyczne na zasadach rynkowych, bez szans na dodatkowe środki z NFZ. Zasadne wydaje się zatem wyłączenie podmiotów prywatnych z proponowanego schematu podwyżkowego, skoro sektor ten od wielu lat, samodzielnie i z powodzeniem zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń medycznych, samodzielnie troszcząc się o zapewnienie zarówno doskonałości klinicznej, jak i efektywności kosztowej – piszą Pracodawcy RP. Jednak ustawa od lat działa zarówno w publicznym, jak i w prywatnym sektorze (choć oczywiście dotyczy wprost pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę). I wbrew sugestiom organizacji pracodawców OSR, jak najbardziej odnosi się do tych podmiotów, które kontraktów nie mają. – Projekt ustawy może mieć pośredni wpływ, za sprawą wzrostu wysokości wynagrodzeń w podmiotach leczniczych, na wysokość opłat za usługi medyczne w podmiotach leczniczych sektora prywatnego – czytamy w dokumencie.

# TRZEBA Z ŻYWYMI NAPRZÓD IŚĆ

A MAŁGORZATA  
SOLECKA

**To nie była łatwa kadencja samorządu lekarskiego. Być może nawet – najtrudniejsza z dotychczasowych. Nie tylko dlatego, że system ochrony zdrowia, a więc i lekarze oraz lekarze dentyści od ponad dwóch lat żyją i pracują w warunkach permanentnego stanu wyjątkowego, którego przebiegu nikt nie jest w stanie przewidzieć, a kosztów – nawet oszacować. Zła wiadomość: kolejne cztery lata mogą być jeszcze trudniejsze.**

**G**dy w maju 2018 roku Krajowy Zjazd Lekarzy wybierał nowe władze samorządu zawodowego, sytuacja... też nie była łatwa. Trzy miesiące wcześniej Ministerstwo Zdrowia podpisało porozumienie z Porozumieniem Rezydentów (jeszcze wówczas – PR OZZL). Miało ono, w intencji resortu zdrowia, którym kierował świeżo upieczony minister, prof. Łukasz Szumowski, być podpisane przez przedstawicieli również OZZL i samorządu lekarskiego, ale reprezentant izby je jedynie parafował, na znak, że samorząd przyjmuje do wiadomości, ale nie do końca akceptuje. Choćby dlatego, że izby lekarskie jak mantrę powtarzały (i nadal powtarzają) postulat o trzech średnich krajowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów ze specjalizacją, a porozumienie przewidywało minimalne uposażenie (i to warunkowe!) dla lekarzy specjalistów w wysokości 6750 złotych brutto, czyli około połowy tego, o co lekarze walczyli (i walczą).

Sytuacja nie była łatwa, bo nowo powołany minister dosłownie eksplodował pomysłami na dialog, ale do rady programowej flagowego projektu – trwającej rok debaty „Wspólnie dla zdrowia” – przedstawiciela samorządu lekarskiego nie zaprosił. Równocześnie jednak środowisko lekarskie z dużą nadzieją obserwowało toczące się w ministerialnym zespole – którego pracami kierował przed-

stawiciel młodych lekarzy, jeden z liderów protestu AD, dr Jarosław Biliński – dyskusje i podejmowane ustalenia dotyczące kształtu nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty. Im więcej nadziei, tym bardziej bolesne rozczarowanie – uchwalona ostatecznie nowelizacja w niewielkim tylko stopniu uwzględniła wynik prac zespołu. Pierwszych kilkanaście miesięcy kończącej się kadencji upłynęło Naczelnej Radzie Lekarskiej na ćwiczeniu układów swoistego kontredansa. Z jednej strony przecież prof. Andrzej Matyja, prezes NRL, obiecywał delegatom w maju 2018 roku, że wprowadzi na powrót samorząd lekarski do gry przy stoliku, przy którym może nie podejmuje się decyzji, ale się o nich rozmawia na poważnie. – My powinniśmy – tak postrzegam też moją rolę – przekazywać politykom naszą wiedzę na temat systemu ochrony zdrowia, jego problemów i potrzeb. Bo my jesteśmy w środ-



ku, politycy – na zewnątrz. Wielu złych rzeczy, które w ostatnich latach wydarzyły się w ochronie zdrowia, można byłoby uniknąć, gdyby politycy chcieli słuchać głosu lekarzy. Jako głosu ekspertów – mówił mi w wywiadzie, udzielonym kilka tygodni po objęciu funkcji szefa lekarskiego samorządu. Z drugiej strony, minister zdrowia i jego ekipa, choć „otwarci na dialog”, wcale nie dostarczali argumentów za tezą, że traktują samorząd lekarski jako ważnego gracza, mającego status partnera, nie petenta.

Choć jednocześnie trzeba przecież przyznać, że władze samorządu lekarskiego przez ostatnie cztery lata, również przed pandemią, bardzo ostro i jednoznacznie występowały przeciw szerzeniu poglądów antyszczepionkowych, nie brakowało też wyroków sądów lekarskich wobec tych medyków, którzy takie poglądy publicznie szerzyli (i szerzą).

Zaledwie dwa lata wcześniej, podczas Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, kiedyś prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, przekonywał delegatów o dobrej woli i gotowości ministerstwa do pielęgnowania relacji z samorządem zawodowym. Ale też zapewniał, że „dopóki on jest na Miodowej” izbom lekarskim nic nie grozi, że nie będzie żadnych nowelizacji przepisów regulujących działanie samorządu lekarskiego, które odebrałyby im część uprawnień. Już samo to, że takie zapewnienia padły, można było jednak postrzegać jako sygnał o istniejącym zagrożeniu. Radziwiłł z jednej strony apelował, by Naczelna Izba Lekarska wykorzystała czas jego urzędowania na przegląd własnych postulatów, planów i wizji, które wymagałyby inicjatywy ustawodawczej, z drugiej – dawał do zrozumienia, że okienko życzliwości może się skończyć.

Dawał do zrozumienia, bo co prawda Prawo i Sprawiedliwość rządziło wówczas dopiero od pół roku, ale w program tej partii dość mocno wpisane było przesuwanie władzy publicznej w kierunku centrum. Oczywiście, w pierwszym rządzie plany PiS dotyczyły samorządów terytorialnych, a spośród samorządów zaufania publicznego – prawników, ale lekarze również mogli się czuć zagrożeni. Sam Konstanty Radziwiłł zaś dość szybko przestał być postrzegany przez dawnych kolegów jako sojusznik, prezentując kontrowersyjne plany reform, ale przede wszystkim – dość bezradnie prezentując racje środowiska ochrony zdrowia przed potężnymi graczami wewnątrz obozu rządowego, przede wszystkim rosnącym w siłę Mateuszem Morawieckim oraz – niustająco – Zbigniewem Ziobro.

Dymisja Radziwiłła, podpisanie porozumienia z młodymi lekarzami, wejście przebojem tych ostatnich do okręgowych rad lekarskich, dość mocna reprezentacja lekarzy związanych z Porozumieniem Rezydentów, w tym niemal wszystkich liderów protestu na Krajowym Zjeździe Lekarzy, a potem w Naczelnej Radzie Lekarskiej dawały nadzieję na przełom. Na pytanie, czy mógł on nastąpić, czy po czterech latach samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów mógł być nie tylko słyszany, ale też słuchany, odpowiedzi nie poznamy nigdy. Pandemia COVID-19 na tyle zaburzyła funkcjonowanie nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale całego życia publicznego, że trudno wyrokować: mogli, a nie osiągnęli sukcesu, czy nie osiągnęli sukcesu, bo nie mogli. Może więc warto się skupić na tym, że sukcesu nie osiągnięto. O ile minister Łukasz Szumowski prowadził dialog dla sztuki dialogu (robiąc to zresztą z dużą klasą), o tyle jego następcą – przeciwnie. Trudno powiedzieć nawet, że Adam Niedzielski lekceważył samorząd lekarzy i lekarzy dentyistów. Minister po prostu przechodził nad jego istnieniem do porządku dziennego. Abstrahuje.

W rezultacie Naczelna Rada Lekarska, Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, prezydium NRL czy jej prezes zostali skazani na robienie tego, co było zmorem poprzedników (i co miało ulec zmianie) – wydawali apele, prezentowali stanowiska, opiniowali to, co trzeba było zaopiniować. Niekiedy – jak w senackiej Komisji Zdrowia – ich głos przebijał się i wpływał na decyzje, dzięki głosom senatorów opozycji, najczęściej jednak był w sposób doskonały ignorowany na poziomie rządu i sejmu, w którym większość jest w stanie bez problemu odrzucić stanowiska senatu (tak stało się choćby przy nowelizacji ustawy o wynagrodzeniach minimalnych w 2021 roku, gdy sejm – wbrew nadziejom środowisk medycznych – odrzucił poprawki senatu, wypracowane przy dużym zaangażowaniu m.in. Naczelnej Izby Lekarskiej). Choć warto też podkreślić, że sporadycznie władzom samorządu lekarskiego udało się przemawiać do rozsądku przynajmniej niektórym



posłem obozu rządzącego, co pozwoliło (bardzo, bardzo rzadko) zatrzymać lub opóźnić wybitnie złe pomysły rządzących. Stres-testem były oczywiście dwa lata pandemii, z całym bagażem pokoleniowego, historycznego, doświadczenia. Środowisko lekarskie znalazło się w uniwersum absurdu: z jednej strony aparat państwa, twierdząc, że „Polska mistrzem świata”, wszyscy nam zazdroszczą (radzenia sobie z pandemią). Z drugiej – niewydolne struktury i nieistniejące procedury kryzysowe. Z trzeciej – codzienna rzeczywistość systemu ochrony zdrowia, który nie jest (jeśli ktoś tego nie pamięta) jednym z najlepszych na świecie (taką tezę postawił jeden z prominentnych polityków PiS, notabene, lekarz). Z czwartej – rosnące w siłę ruchy antyszczepionkowe i antynaukowe. O tym, że sterowane z zewnątrz, konkretnie realizujące interes Kremla, nie warto nawet wspominać. Nie warto byłoby, w każdym razie, gdyby ich metody nie okazywały się zadziwiająco skuteczne. Gdy 5 stycznia Komisja Zdrowia zorganizowała wysłuchanie publiczne projektu ministerialno-poselskiego (przygotowany przez resort zdrowia, został zgłoszony przez posłów PiS), umożliwiającego weryfikację statusu covidowego pracodawcom (i nie tylko), głos zabrali podczas tego wysłuchania niemal wyłącznie przedstawiciele środowisk antyszczepionkowców, kwestionujących pandemię COVID-19. Zabrakło głosu naukowców, zabrakło – w sposób dramatyczny – głosu środowiska lekarskiego. Posłowie, również PiS, nie kryli – podczas następnych posiedzeń Komisji Zdrowia, podczas których dyskutowano albo nad zmianami w prawie, albo nad oceną strategii rządu – rozczarowania i irytacji tym, że izba lekarska ograniczyła się do złożenia głosu na piśmie. – Byłem zgłoszony do głosu w tym wysłuchaniu publicznym. Wystraszyłem się gróźb karalnych, które otrzymałem dzień wcześniej. Państwo macie immunitet. Chroni was immunitet. Ja takiego immunitetu nie mam, stąd też przekazałem swój głos w formie pisemnej – tłumaczył prezes NRL na posiedzeniu 26 stycznia.

Przydałyby się badania, które pokazywałyby, na ile lekarze i lekarze dentyści są zadowoleni z działania zarówno swoich izb, jak i Naczelnej Izby Lekarskiej. Takich badań jednak nie ma, choć niewątpliwie samorząd lekarski dysponuje odpowiednimi zasobami, a techniczne możliwości są po prostu nieograniczone. Dyskusje prowadzone na forach i grupach lekarskich nie są reprezentatywne, i trudno na ich podstawie formułować twarde wnioski – gdyby jednak przeczytać je uważnie, frustracja miesza się z rezygnacją. To zabójczy dla samorządności koktajl. Oczywiście, są wyjątki – w ostatnich czterech latach część izb zaczęła działać na rzecz swoich członków z dużo większą energią (i sensem), dostosowując swój profil nie tylko do oczekiwań członków, ale i dynamicznie zmieniającego się świata.

Dyskusja, że samorząd lekarski to nie związek zawodowy, nie ma większego sensu – bo trudno dyskutować o truizmach. Ale samorząd zawodowy nie może, a w każdym razie nie powinien, iść w ślady ministra zdrowia i abstrahować od rzeczywistości. A rzeczywistość jest taka, że choć w ostatnich latach znacząca część środowiska lekarzy i lekarzy dentyistów bezprzecinnie awansowała finansowo i ekonomicznie (tylko patrząc na zupełnie niemiarodajne dane publikowane przez GUS, lekarze są w ścisłej czołówce najlepiej zarabiających zawodów w Polsce), jednocześnie osoby wykonujące ten zawód nieustannie poddawane są – ze wszystkich stron – rosnącej presji.

Lekarze i lekarze dentyści, wydaje się – ciągle to bardziej sfera domysłów i wniosków z obserwacji, niż twardych danych – że z jednej strony chcą stabilizacji (jeśli chodzi o warunki wykonywania zawodu), z drugiej – niczego nie oczekują tak jak zmian, również w obszarze swojej samorządności. Przechodzenie nad tym do porządku dziennego może doprowadzić, w perspektywie raczej średnio- niż długoterminowej, do wzrostu nastrojów antysamorządowych. A te byłyby bardzo na rękę władzy centralnej – być może nie tylko obecnej ekipie. – Samorząd, żeby mógł trwać, musi się rozwijać – usłyszałam od jednego z wieloletnich samorządowców miejskich. To uniwersalna prawda – samorząd, który skupia się wyłącznie na trwaniu w niezmienionej formule, który koncentruje się wyłącznie na kwestiach urzędniczych, przestaje być potrzebny, a w końcu – żywy. ■

## Z OSTATNIEJ CHWILI

13 maja nowym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej został wybrany dr Łukasz Jankowski, który otrzymał 252 głosy. Na prof. Andrzeja Matyję głosowało 192 kandydatów. Zwycięstwo dr. Jankowskiego, który – choć jest specjalistą – ciągle jest kojarzony z „młodymi rezydentami”, nie byłoby możliwe bez mobilizacji środowiska młodych lekarzy, którzy szturmem zdobyli kilka ważnych izb okręgowych i wprowadzili na Krajowy Zjazd Lekarzy niebagatelną liczbę delegatów. Ale oprócz pewnych głosów „młodych”, Jankowski musiał przekonać do siebie przynajmniej kilkudziesięciu starszych kolegów – i to mu się udało. Walka na zjeździe była jednak zacięta i wielu delegatów przyznawało, że nie ma zdecydowanego faworyta. Obejmując funkcję prezesa NRL, Łukasz Jankowski ogłosił, że zrzeka się stanowiska prezesa ORL w Warszawie. Razem z prezesem NRL delegaci wybrali nowego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – został nim dr n. med. Zbigniew Kuzyszyn.

# REFORMA, ALE DLA KOGO?

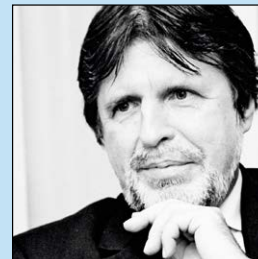
**N**a różnego typu spotkaniach, konferencjach, podczas licznych rozmów i wywiadów bardzo często zadawane są pytania o to, co należy zmienić w opiece zdrowotnej, w jakim kierunku powinniśmy ją reformować, jakie decyzje należałoby podjąć w pierwszej kolejności itp. W tych zadawanych publicznie pytaniach zaszyte są dwie tezy przyjmowane jako pewniki, a mianowicie stwierdzenie faktu, że system działa źle i należy go naprawić oraz to, że zadającym pytanie i słuchacze lub czytelnicy chcą, aby ten system naprawić. Co do pierwszej tezy, ja też uważam, że funkcjonujący system opieki zdrowotnej wymaga głębokiej reformy i naprawy. Natomiast nie jestem już tak pewny tego, że wszyscy chcą tej naprawy, a nawet więcej, wydaje mi się, że tak naprawdę niewiele środkowisk chce jej autentycznie. Niejednokrotnie przedstawiałem i nadal przedstawiam szereg pomysłów na to, jak naprawić system opieki zdrowotnej, ale gdy rozważam, na kim mógłbym się oprzeć, wdrażając zmiany, które zawsze dla kogoś będą przykre lub bolesne, to widąc pustkę dookoła.

Tak naprawdę naprawy systemu oczekują ci obywatele, którzy stali się pacjentami, bo na razie zdrowym jest to najczęściej obojętne. Również aktualni pacjenci zajęci doraźnym problemem naprawy swojego zdrowia nie stworzą żadnej zorganizowanej siły społecznej, bo przecież czują się źle i nie w głowie im jakieś działania reformatorskie. Mogliby grupę nacisku stworzyć byli pacjenci, którym się poprawiło, ale najczęściej są oni zadowoleni, że im się jakoś udało i tylko podczas małych spotkań rodzinnych lub towarzyskich opowiadają swoje często dramatyczne przygody, jakie ich spotkały. Opowiadają też, ile to pieniędzy musieli wydać, aby ruszył tak nasmarowany mechanizm. Ale i oni nie są chętni dzielić się szerzej tymi

informacjami. Pacjenci w ogóle wydają się już pogodzeni ze swoim losem. Proszę zwrócić uwagę, z jakim spokojem przyjęto fakt szczególnie wysokiej śmiertelności chorych na COVID-19. Gdyby system opieki zdrowotnej działał lepiej, uniknęlibyśmy co najmniej kilkunastu tysięcy zgonów. Ale cóż, zmarli milczą, a ci, co przeżyli cieszą się, że żyją.

Czy naprawą systemu są zainteresowani pracownicy ochrony zdrowia? Główny postulat pracowników ochrony zdrowia to więcej pieniędzy i wyższe zarobki. Czas epidemii wywindował niektóre zarobki niezwykle wysoko i to niezależnie od ilości i jakości pracy ich beneficjentów. Charakterystyczne dla naszego systemu niejasne i chaotycznie działające struktury organizacyjne czasem pozwalają i poza czasem epidemii na uzyskiwanie sporych zysków. W tym bałaganie i w tej mętnej wodzie czasem nieźle się łowi. Ciągłe utrzymywanie się, a nawet wydłużające kolejki to przecież wymarzony pretekst do załatwiania. Proszę sobie wyobrazić, co by się stało, gdyby naraz zniknęły kolejki i pacjenci przyjmowani byłiby na bieżąco, tak jak przychodzą. Toż to prawdziwy horror. Bankructwo groziłoby wszystkim firmom oferujących pseudoubezpieczenia, abonamenty, a cały sektor tzw. prywatnej ochrony zdrowia pogrążyłby się w rozpacz, bo przecież dla niego im gorzej w systemie publicznym, tym lepiej.

Czy dobrą reformą ochrony zdrowia może być zainteresowane środowisko lekarzy rodzinnych? Przecież tak naprawdę model lekarza rodzinnego będącego przewodnikiem dla pacjenta w Polsce już od dawna nie funkcjonuje. Lekarze rodzinni ponownie przekształcili się w lekarzy rejonowych z systemu Siemaszki i ani im w głowie powrót do tego, co było wdrażane i promowane w latach 90. Generalnie chodzi przecież o to, aby było więcej



**A** ANDRZEJ SOŚNIERZ

Lekarz i polityk,  
poseł na Sejm V, VI i VIII kadencji.  
Były prezes NFZ

pieniędzy za mniej pracy. I tak ma być. A lekarze specjaliści? Przecież w normalnym systemie ich prywatne przychodnie specjalistyczne przestałyby pełnić funkcję przepustek do publicznego leczenia szpitalnego, więc nie spodziewajmy się po nich zapalu do zmian.

Nie wyjaśniam już, dlaczego śmiem twierdzić, że autentycznym uzdrowieniem systemu ochrony zdrowia nie są zainteresowani ani wyżej wymienieni, ani ordynatorzy szpitali publicznych, w tym w szczególności kierownicy renomowanych klinik. Nie są zainteresowane prywatne szpitale specjalistyczne z przyczyn jak wyżej, zmianami nie jest również zainteresowane środowisko obsługujące instytucje ochrony zdrowia, czyli sprzedające aparaturę i sprzęt medyczny, ani firmy produkujące sprzęt rehabilitacyjny, nie są zainteresowane firmy farmaceutyczne dostarczające między innymi darmowe leki 75+, leki do programów lekowych. Jedynym środowiskiem zainteresowanym autentyczną poprawą działania systemu ochrony zdrowia w Polsce wydają się niektórzy menedżerowie, którzy na własnej skórze odczuwają mankamenty jej funkcjonowania, ale jest ich zbyt mało, a części z nich jest jednak dobrze i w tym bałaganie.

Czy jest więc sens proponowania zmian, których prawie nikt nie chce? No, chyba że będą to propozycje na kolejne beneficyja, jak np. ustawa o rozwoju szpitali. ■



**A KRZYSZTOF  
BOCZEK**

Dziennikarz, redaktor specjalizujący się  
w tematach służby zdrowia oraz psychologii

# BOMBARDOWANIE SZPITALI – STRATEGIA PUTINA



Szpital w Trościańcu  
przed i po „wyzwoleniu”  
przez Rosjan

Źródło: Twitter / @tuka\_george

W 1,5 miesiąca wojny Rosjanie zaatakowali w Ukrainie 324 szpitale, w tym 14 dziecięcych. To zbrodnie wojenne. Ta cyniczna taktyka Kremla znana jest co najmniej od 8 lat. Intensywnie atakował placówki medyczne już w Syrii. Ale obecne tempo niszczenia jest znacznie większe.

**P**utin powieli strategię zastosowaną w 2014 r. w Donbasie, a potem przez 7 lat w Syrii – ataki na placówki służby zdrowia odcinają ludność cywilną od niezbędnej pomocy i rannych żołnierzy od możliwości ratowania ich życia i zdrowia.

Słynny atak na porodówkę w Mariupolu to tylko czubek góry lodowej. Wyobraźcie sobie, że w Syrii takich ataków było grubo ponad tysiąc! Ale teraz Putin chce najwyraźniej pobić ten niechlubny rekord. Już mu się to udało.

## Zniszczone 34 szpitale w 10 dni

Już drugiego dnia wojny, 25 lutego, świat zobaczył zdjęcia noworodków, które pielęgniarki ukryły w piwnicy szpitala położniczego w Dnieprze – tymczasowym schronie

przeciwbombowym. Wzruszające nagranie tego oddziału intensywnej terapii noworodków, którym pielęgniarki pompowały ręcznie tlen, które ledwo przyszły na świat, a już groziły im bomby, było tylko słodką przygrywką do tego, co spotkało placówki medyczne Ukrainy ze strony Rosjan.

Już wtedy rakiety spadły na szpital w Wuhłedarze, w obwodzie donieckim. Siedmiu członków personelu medycznego rannych. Trzeciego dnia wojny centralny szpital w Wołnowasze, w obwodzie donieckim, został doszczętnie zniszczony na najwyższym piętrze. Dziury w ścianach ziały tam gdzie do niedawna dokonywano operacji na oddziale laryngologicznym. Intensywne ataki na tę placówkę trwały przez kolejnych kilka dni. Pacjenci wylądowali w piwnicach. Pierwszego dnia marca bombardowanie





trwało bez przerwy 25 minut. W wilgotnych podziemiach leczenie niektórych pacjentów, bez wody bieżącej, bez prądu, stało się niewykonalne. Wskutek tego 6 dzieci zmarło. A jedyny szpital dla ok. 100 tys. ludzi mieszkających w promieniu 50 km przestał de facto działać. Wkrótce Rosjanie przejęli te tereny i do ataku ruszyła ich propaganda. W goebbelsowskim materiale prowadzący mówił o „ukraińskiej inscenizacji”, przekonywał, że to wojska Ukrainy ustawiły tutaj „punkt oporu”, a lekarze w piwnicach byli zakładnikami. A budynek szpitala został celowo ostrzelany przez ukraiński czołg. I zero dowodów na to, ani świadków na absurdalne i wysrane z palca powiastki. Do 6 marca najeźdźcy wyeliminowali z użycia, częściowo lub całkowicie, aż 34 szpitale w całej Ukrainie. W 10 dni wojny!

UNICEF 13 marca opublikował ostre żądanie do Rosjan: Przystaniecie bombardować szpitale! „Atakowanie noworodków, niemowlaków, ciężarnych, tych najbardziej bezbronnych ludzi oraz personelu medycznego, który ratuje życie, to akt niezrozumiałego okrucieństwa – pisał dyrektor generalny UNICEF-u dr Tedros Adhanom Ghebreyesus. Tymczasem wtedy to WHO odnotowało „ledwo” 31 ataków na placówki, zniszczenie 5 ambulansów, 12 ofiar śmiertelnych, a 34 rannych. UNICEF podkreśla, że do końca maja aż 80 tys. kobiet ma urodzić dzieci na Ukrainie. – To mroczny moment w historii – komentował te ataki dr Denise Chaffer, prezes Królewskiego Kolegium Pielęgniarstwa w Wielkiej Brytanii.

Bardzo mroczny.

Według artykułu 18. Konwencji Genewskiej z 1949 roku cywilne kliniki nie mogą być atakowane „podlegają stałe ochronie przez wszystkie strony konfliktu”. Atak na nie to zbrodnia wojenna.

Nie dla Putina.

Dla niego to wręcz ulubiony cel.

## Ikona zbrodni wojennej

Potężna rakietą uderzyła 9 marca w dziedziniec szpitala położniczego w Mariupolu. Odłamki i fala uderzeniowa zniszczyły budynek. W jednej sekundzie wszystko zrobiło się białe od tynku z sufitu i ścian. I pokryte szkłem z okien. Płacz ciężarnych mieszał się z krzykiem noworodków. Tych, które przeżyły. Nadleciały kolejne bomby. Dziennikarze Associated Press donosili, że od serii wybuchów w szpitalu ziemia trzęsła się co najmniej w promieniu 2 km. Ikoniczne wręcz obrazy ciężarnych ewakuowanych, które zostały tam ranne, stały się symbolem agresji Rosjan. Były 3 ofiary śmiertelne na miejscu, ciężarna, która razem z dzieckiem zmarła 2 dni później oraz 17 rannych. Kreml twierdził, że w szpitalu tym stacjonowały wojska ukraińskie i stąd ostrzał. Tyle że na te twierdzenia nie przedstawili żadnego dowodu. A świadkowie – pacjenci i personel szpitala – całkowicie temu przeczą.

Dzięki zdjęciom i nagraniom dziennikarzy Associated Press zbombardowanie tej placówki stało się znane na całym świecie. Ruszyły tryby ścigania zbrodni wojennej. Ostre potępienie przyszło z Waszyngtonu, Londynu i innych stolic Zachodu. Na tyle mocno zaburzyło to propagandę Kremla, że Rosjanie urządzili wręcz polowanie na dziennikarzy AP. Ci ostatecznie musieli się salwować ucieczką z okrażonego Mariupola. Później Moskale wprowadzali mieszkańców „wyzwalanego” – jak to sami nazywają – Mariupola i wywozili do Rosji, także na Daleki Wschód. Ujętą w ten sposób kobietę, która urodziła dziecko tuż po bombardowaniu szpitala i która była bohaterką zdjęć AP, zmusili do propagandowej przemowy przed kamerami.

Żaden z ataków wcześniej ani później na terenie Ukrainy już nie zyskał takiego rozgłosu, nie wzburzył tak opinii publicznej. Ludzie już przywykli do taktyki Putina?

## Zaatakowano 43 sanitarki

Do czasu ataku na porodówkę w Mariupolu, WHO doliczyło się już 24 poważnych i zweryfikowanych ataków na placówki zdrowia w Ukrainie. Przez pierwsze 2 tygodnie konfliktu. Miało na liście 12 ofiar śmiertelnych, 17 rannych, zarówno pacjentów, jak i personelu. Uderzono m.in. w dwa szpitale w Żytomierzu, w tym jeden dziecięcy. Dane WHO jednak są niedoszacowane, bo ta instytucja bierze pod uwagę tylko to, co może zweryfikować. Według Wiktora Laszko, ministra zdrowia Ukrainy, już do 10 marca doliczono się aż 63 ataków na szpitale. Rosjanie strzelali też do karet, a nawet do samochodów, które przewoziły tlen do placówek z chorymi na COVID-19.

Po ataku w Mariupolu, zamiast sprostować tę taktykę, Moskale ją wręcz przyspieszyli.

Już 16 marca, zgodnie z informacjami z Ministerstwa Zdrowia Ukrainy, zaatakowanych szpitali było już 117 i aż 43 sanitarki! To 2 razy więcej niż 6 dni wcześniej!

Fundacja Otwarta Demokracja opisała, jak Rosjanie zniszczyli im 3 sanitarki. Gdy medycy eskortowali cywili w korytarzach humanitarnych, ambulansy stały same. Soldaty „wybili okna, skradli sprzęt i leki. W efekcie mamy dramatyczną sytuację z dostępem do opieki medycznej w nagłych przypadkach”, pisali wolontariusze z Fundacji. Po ataku w Mariupolu oraz nasileniu bombardowań szpitali Ukraińcy już wiedzieli, że ani Konwencja Genewska, ani inne prawa nie powstrzymają Rosjan od tej rzezi placówek zdrowia. Od okrutnych zbrodni wojennych. Świat obiegały zdjęcia obrażające m.in.:

- w oknach szpitali układano stosy worków z piaskiem, by chronić pacjentów przed odłamkami;
- porody odbywały się piwnicach, np. w szpitalu w Starobielsku;
- dzieci chore na raka chroniły się przed bombami w piwnicach szpitala w Kijowie;
- zmiażdżona sanitarka, prawdopodobnie przez BMP rosyjskie – Rosjanie czasami wjeżdżali na poruszające się po ulicy pojazdy. Dla „rozrywki”;
- gruzy centralnego szpitala w Izium k. Charkowa, zbombardowanego przez artylerię Putina;
- kolorowy i piękny budynek szpitala w Trościeńcu w obwodzie sumskim na północy Ukrainy, zamienił się w czarne, zięjące wypalonymi dziurami okien straszidło;
- placówki w Mariupolu przypominające już to, co naziści zrobili z Warszawą, albo Putin i Assad z Aleppo.

Ukraińskie Centrum Ochrony Zdrowia (UHC) z siedzibą w Kijowie dokumentuje te wszystkie ataki na placówki zdrowia, by w przyszłości pociągnąć do odpowiedzial-

ności sprawców. Dziennikarze Deutsche Welle, bazując na ich materiałach, ustalili, iż w żadnym z atakowanych szpitali nie było ukraińskiego wojska ani wojskowych instalacji militarnych. Tymczasem tylko takie zastosowanie, pod pewnymi warunkami – wcześniejszym wezwaniem żołnierzy do opuszczenia placówki medycznej – mogłoby usprawiedliwiać, zgodnie z międzynarodowym prawem, bombardowanie szpitali. Nie było wytłumaczenia, więc wszystkie przeanalizowane przypadki kwalifikowały się jako zbrodnie wojenne.

## Syryjski poligon

Ani napis „Dzieci” przed teatrem w Mariupolu z 1300 cywilami w schronie, ani czerwony krzyż na dachu szpitala w Żytomierzu nie chroni przed atakiem Moskale. Może nawet stworzyć jeszcze większe zagrożenie. Bo atakowanie takich wrażliwych obiektów to celowa, cyniczna i od lat testowana strategia Putina. Aby zastraszyć atakowane narody. I innych na świecie.

Już w 2014 r., tuż po głównej fazie wojny o Donbas, informowaliśmy w „Służbie Zdrowia” o tej strategii żołnierzy Putina – strzelaniu do medyków. Lekarze działający na froncie mówili nam, o tym, jak polowali na nich snajperzy, jak strzelali do szpitali polowych artylerzyści z Rosji. Bo zabicie jednego lekarza warte było zabicia 40–50 żołnierzy – tylu uratuje medyk na froncie. Tak sobie to wyliczyli Moskale. W efekcie medycy musieli się ukrywać na linii frontu.

Na znacznie większą skalę tę cyniczną strategię Putin wdrożył w Syrii. Od 2015 r., gdy dołączył do wojny i wspólnie z „rzeźnikiem Bliskiego Wschodu” – dyktatorem Baszszarem al-Asadem – bombardował bezbronnych cywili, liczba ataków na szpitale dramatycznie wzrosła. W najgorętszych fazach konfliktu Lekarze Bez Granic doliczali się po kilkaset uderzeń rocznie na placówki medyczne. Niektóre były atakowane po kilkanaście razy aż do totalnego zrujnowania. Rosjanie też wpadli na pomysł, jak w okrutnie cyniczny sposób zabijać jeszcze więcej medyków. Po zbombardowaniu szpitala czekali aż na miejsce zjadą się lekarze, ratownicy i pielęgniarki z okolicy. Wtedy atakowali bombami po raz drugi. A czasami po raz trzeci po kolejnej przerwie i przybyciu kolejnej fali ratujących życie. W ten sposób w jednym rumowisku potrafili pogrzebać nawet kilkudziesięciu członków personelu medycznego. We Wschodniej Ghocie, oblężonej przez Asada i Putina przez 5 lat, i bombardowanej codziennie, szpital musiał zejść do podziemi. Życie ludzi ratowano w wykopanych jaskiniach, co opisał słynny dokument National Geographic – „Jaskinia”. I nawet ta placówka poddała się, po drugim ataku sarinem.

W ostatnim raporcie Safeguarding Health in Conflict Coalition (SHCC) – koalicji międzynarodowych organizacji pozarządowych działających na rzecz ochrony pracowników służby zdrowia, usług i infrastruktury, obejmującym lata 2017-21 najwięcej ataków na placówki zdrowia odnotowano właśnie w Syrii – aż 1085. Z tego aż 416 razy niszczone szpitale. Zabito 254 medyków, 202 zraniono, a 19 porwano. Aż 817 ataków dokonały rządowe wojska dyktatora Assada i jego sprzymierzeńców.

W terenach kontrolowanych przez opozycję syryjską placówki zdrowia praktycznie przestały istnieć. To łamało wszelki opór cywilów.

Gdy zabrakło celów medycznych w Syrii, gdy wojna tam znacząco zmniejszyła swoją intensywność, Putin rozpoczął kolejny konflikt – na Ukrainie.

## Poległe

Już 26 lutego zginęła **Inna Derusova** – medyczka polowa, która na linii frontu uratowała życie ponad 10 osób. Rosjanie zabili ją w Ochtyrce, w regionie miasta Sumy.

**Olena Kushnir** – medyczka broniąca zdrowia i życia mieszkańców Mariupola – jeszcze w połowie kwietnia wystąpiła przed kamerą, by nagrać wołanie o pomoc dla otoczonych obrońców tego miasta. To był chyba ostatni jej występ. 17 kwietnia social media podały, że okupanci ją zabili.

Trzy dni później – 20 kwietnia Visegrad24 podał, iż zginęła kolejna medyczka – **Nina Kvasha**. Ze zdjęcia patrzy młoda, ładna brunetka w czapce i koszulce w kolorach armii.

Ale chyba najgłośniejszym echem odbiła się śmierć **Olgi Semidyanovej**. To medyczka z Zaporozża, ratująca życie na pierwszej linii frontu, już od czasów wojny w Donbasie, od 2014 r. Kobięcie za życia przyznano medal „Matka – Bohater”, bo oprócz ofiarnych



**Nina Kvasha**

Źródło: Twitter /@visegrad24



**Olena Kushnir**

Źródło: Twitter /@wxbx4



**Inna Derusova**

Źródło: Twitter / @Mykhailova\_A



**Olga Semidyanova**

Źródło: Twitter /@MFA\_Ukraine

działań na froncie, wychowywania 6 swoich dzieci, także pod opiekę wzięła 6 adoptowanych. Ta 48-letnia matka 3 marca osierociła całą dwunastkę. Zginęła zabita przez Rosjan na linii gdzieś między Donieckiem a Zaporozżem. Stała się ikoną walczącej Ukrainki – matki, która życie oddała za kraj i swoje dzieci.

Do 6 kwietnia WHO miała potwierdzonych 91 ataków na placówki zdrowia. Zazwyczaj to był ciężki ostrzał: rakiety, bomby, moździerz, miny moździerzowe itp. Tydzień później już było 109 potwierdzonych ataków na szpitale, w których zginęło ponad 70 osób. „Te ataki muszą się zatrzymać. Placówki ochrony zdrowia i personel nigdy nie może być celem ataków” – podkreślało WHO, publikując te dane. Ukraińskie władze 16 kwietnia podały, że Rosjanie zbombardowali już 324 szpitale, w tym 14 pediatrycznych. Tempo niszczenia i atakowania placówek zdrowia wielokrotnie przekracza to odnotowane w Syrii. W Ukrainie w 50 dni mamy ponad 320 ataków, podczas gdy w Syrii tak wielkie liczby padały tylko w w latach najintensywniejszych bombardowań placówek zdrowotnych i to w ciągu roku – prawie 8-krotnie krótszym czasie.

Wnioski?

Przetestowana w Syrii strategia niszczenia placówek zdrowotnych teraz stała się jeszcze silniej wdrażana przez Rosję w Ukrainie. ■

# UCHODŹCĄ W KONTRAKT

**A** MAŁGORZATA SOLECKA

**Ile kosztuje, a ile będzie kosztować zapewnienie może trzem, może tylko dwu i pół milionom uchodźców w Polsce opieki medycznej? 300 mln zł za każdy milion uciekających przed wojną, jak twierdził resort zdrowia? W takim razie dlaczego za świadczenia udzielone uprawnionym do końca marca NFZ zapłacił jedynie 2,3 mln zł? Znaki zapytania mnożą się zresztą jak dawki szczepionek przeciw COVID-19 w RARS.**



**C**o mają uchodźcy do kontraktu na szczepionki, którego zresztą Polska nie podpisywała? Według Ministerstwa Zdrowia – bardzo dużo. Wojna w Ukrainie i kryzys uchodźczy to „siła wyższa”, która pozwala – według ministra Adama Niedzielskiego – na wstrzymanie płatności za nowe dostawy zamówionych dawek szczepionek (niepotrzebne, 25 milionów dawek nadal zalega w mroźniach Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, co po części jest wynikiem niskiego poziomu zaszczepienia społeczeństwa, po części – zbyt dużych zamówień, poczynionych jesienią 2020 i zimą 2021 roku).

– Polska nie będzie płacić za szczepionki, których nie potrzebuje, bo potrzebujemy pieniędzy na opiekę nad uchodźcami. Unia Europejska wiele mówi o solidarności, ale nie przekłada się to na decyzje finansowe. Solidarność europejska nie może się ograniczać do robienia zdjęć na granicy polsko-ukraińskiej – tak można byłoby streścić przekaz ministra zdrowia, formułowany publicznie, w którym Adam Niedzielski grzmi na małą elastyczność jednego z producentów i jednocześnie łaje Komisję Europejską za brak przelewów na potrzeby uchodźców. Na sugestie, że pieniądze już częściowo leżą na stole, trzeba jedynie wypełnić wnioski, Niedzielski odpowiada, że to „resztówki”, a chodzi nie o dziesiątki czy nawet setki milionów złotych, ale o miliardy. Najchętniej – euro. Jednak pod koniec kwietnia strategia „na chorego uchodźcę” straciła impet. Okazało się, że za świadczenia udzielone od 24 lutego do końca marca NFZ zapłacił wszystkim świadczeniodawcom, łącznie (!), 2,3 mln zł. Trzy czwarte tej kwoty – szpitalom.

Czy naprawdę opieka medyczna nad uchodźcami nie będzie nas kosztować? Skąd ta śmieszna kwota? Ano – z rzeczywistości, nie zaś deklaracji z konferencji prasowych. Po pierwsze, na początku kryzysu uchodźczego podstawowa opieka medyczna była gwarantowana przede wszystkim w formie wolontariatu – nikt nie miał ani czasu, ani głowy, ani chęci do skrupulatnego spisywania danych na poczet przyszłych rozliczeń z Funduszem, przynajmniej w opiece ambulatoryjnej. Po drugie, jak tłumaczą przedstawiciele poradni ambulatoryjnych, przede wszystkim POZ, ponieważ kwestie formalne dopięto



dopiero pod koniec kwietnia, wiele podmiotów rozliczenia zacznie przysyłać dopiero w maju. Można się więc spodziewać, że to właśnie maj i czerwiec będą bardziej miarodajne i pokażą skalę obciążenia systemu pomocą dla uchodźców. W najbardziej czarnym scenariuszu – pozostanie ona niewielka. Będzie to oznaczać, że stworzyliśmy system opieki nad uchodźcami jedynie na papierze. Że oni nie widzą systemu, a system – nie widzi ich.

Choć 24 kwietnia od inwazji Rosji na Ukrainę minęły dwa miesiące – i tak samo długo trwał już w Polsce kryzys uchodźczy (według danych Straży Granicznej w tym czasie naszą granicę przekroczyło ponad 2,8 mln obywateli Ukrainy, ponad połowa wszystkich, którzy opuścili zaatakowany kraj) – trudno powiedzieć, by Polska miała pomysł, w jaki sposób efektywnie zabezpieczyć potrzeby medyczne uchodźców. Udało się to zrobić w perspektywie krótkoterminowej, gdy uciekinierzy potrzebowali przede wszystkim pomocy doraźnej. Ten etap jest, przynajmniej na razie, zamknięty – Ukraińcy już nie napierają na granicę z Polską, wręcz przeciwnie, część z nich zaczyna wracać do swojego kraju. Teraz, jak mówił podczas Europejskiego Kongresu Gospodarczego w Katowicach (25–27 kwietnia) gen. dyw. prof. dr hab. Grzegorz Giele- rak, czeka nas faza druga, w której musimy zaprojektować

opiekę średnio- i długoterminową. Dla populacji bardzo specyficznej: wśród uchodźców stosunkowo niewielu jest seniorów (około 100 tysięcy), ale bardzo dużo – ponad 800 tysięcy – dzieci i młodzieży oraz młodych kobiet. – Mając świadomość kosztów systemowych powinniśmy zrobić wszystko, żeby zagwarantować, że opieka, którą będziemy sprawować będzie realizowana w sposób bardziej adekwatny do potrzeb – mówił.

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego przyznał, że Polska mierzy się z całkiem nową sytuacją, ale powinna wyciągać wnioski i analizować mocne i słabe strony obecnego systemu. Jego zdaniem powinniśmy system opieki nad uchodźcami zaprojektować w taki sposób, by uniknąć – chociażby – skazywania obywateli Ukrainy na błakanie się po systemie ochrony zdrowia, w którym koordynacja opieki nie jest jeszcze normą, a problemy z poruszaniem się między poszczególnymi segmentami – zwłaszcza między POZ, diagnostyką, ambulatoryjną specjalistyką – mają również polscy ubezpieczeni. Chodzi też o to, by uniknąć sytuacji, w której ze stosunkowo błahymi problemami Ukraińcy będą się zgłaszać do szpitalnych oddziałów ratunkowych. – Kluczem do uniknięcia większości problemów na pewno są pieniądze, zarówno ich ilość, jak i sposób ich racjonalnego wydatkowania oraz

dobra, dostosowana do okoliczności i potrzeb, organizacja opieki – podkreślał gen. Gielerak, proponując nowe rozwiązanie, czyli utworzenie – na poziomie powiatów (w przypadku wielkich miast, gdzie przebywają największe skupiska uchodźców) lub ponad powiatami – centrów pomocy medycznej. – Taka pomoc, zoptymalizowana i kompletna, daje gwarancję ograniczenia ryzyka krążenia zagubionego pacjenta w systemie, z następczym ryzykiem destabilizacji jego zdrowia ze skutkami takimi, które będą wymagać interwencji w szpitalnym oddziale ratunkowym czy hospitalizacji, co dodatkowo podniesie koszty systemowe. Musimy zadbać, aby powstały takie wyspecjalizowane podmioty, które będą dysponowały szerokimi możliwościami wyjściowej oceny stanu chorego, postawienia wstępnego rozpoznania z równoczesnym określeniem stanu zaawansowania choroby po to, by rozpocząć właściwe leczenie – tłumaczył.

Przeciw koncepcji gen. Grzegorza Gieleraka ostro wystąpił Jacek Krajewski, prezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, argumentując, że uchodźcy powinni otrzymać status świadczeniobiorców, czyli ubezpieczonych. W tej chwili, choć mają prawo do świadczeń, taki status nie został im przypisany, co oznacza, że nie mogą zapisywać się na listy POZ. Lekarze rodzinni chcieliby otrzymywać za nich stawkę kapitacyjną, a w zamian – oferować kompleksową opiekę. – Lekarz POZ, lekarz rodzinny jest w stanie pokierować pacjenta w systemie – podkreślał Jacek Krajewski.

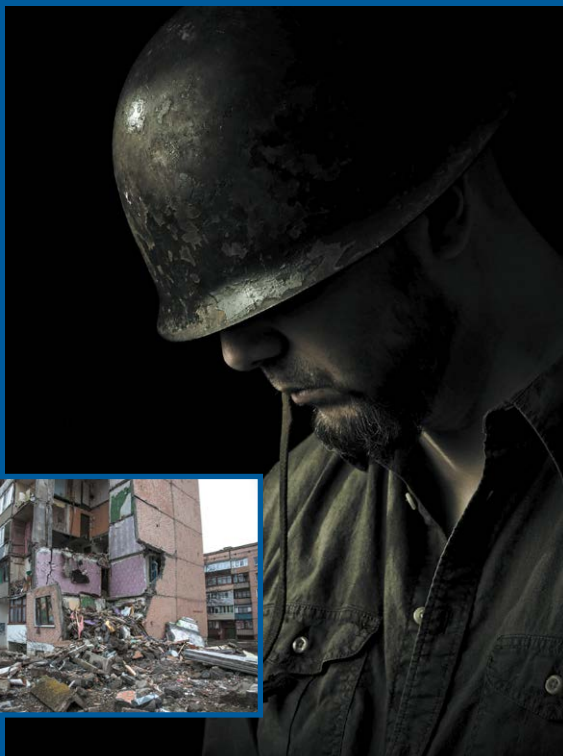
Uchodźców w polskim systemie nie boi się również dr Jerzy Friediger, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Członek Naczelnej Rady Lekarskiej przekonywał, że 2 mln Ukraińców (liczba stale przebywających w Polsce uchodźców się zmienia, ale przyjmuje się, że na skutek zarówno powrotów do Ukrainy, jak i wyjazdów z Polski do innych krajów UE liczba uchodźców oscyluje wokół 2 milionów) to zaledwie jedna dwudziesta dotychczasowej populacji pacjentów. Nie jest to jednak do końca prawda, jak wcześniej wskazywał gen. Gielerak, grupa uchodźców jest bardziej „świadczeniochłonna” niż ogół polskiej populacji, ze względu na profil demograficzny oraz – o czym nie powinniśmy zapominać – prawdopodobnie znacząco większe potrzeby zdrowotne, nawet wśród młodych osób.

Dobrym przykładem mogą być szczepienia: pod koniec maja zaczęły głośno tykać zegar, ogłaszając koniec trzymiesięcznej karencji na poddanie się obowiązkowi szczepień przez osoby poniżej 19. roku życia. W ciągu kilku tygodni, przynajmniej w teorii, do poradni lekarzy POZ – to oni mają prowadzić akcję szczepień, NFZ wyznaczył stawkę za wizytę pierwszorazową, połączoną z ułoże-

niem indywidualnego kalendarza szczepień oraz kolejne wizyty szczepienne – powinny zacząć zgłaszać się w skali kraju dziesiątki, setki tysięcy rodziców z dziećmi. Czy się zgłoszą? To zupełnie inne pytanie, patrząc systemowo – wyzwaniem będą kwestie organizacyjne. Gros tych dzieci nie ma potwierdzonych szczepień (brak dokumentacji), lub nie ma ich faktycznie wykonanych. Skutek jest taki sam: powinny zostać zaszczepione od początku według polskiego kalendarza szczepień, z uwzględnieniem jego indywidualizacji. To oznacza setki tysięcy dodatkowych wizyt szczepiennych do końca 2022 roku – tylko dla młodych uchodźców.

A i tak jest to wariant optymistyczny. Statystyki dotyczące szczepień w ciągu pierwszych dwóch miesięcy kryzysu uchodźczego są po prostu fatalne. Szczepienia do trzech miesięcy pobytu w Polsce są dla cudzoziemców dobrowolne, ale uchodźcy z Ukrainy otrzymali (niestety, tylko w teorii, choćby dlatego, że NFZ zasady finansowania szczepień dzieci i młodzieży ustalił dopiero w połowie kwietnia) niemal od początku kryzysu. A efekty? Jak informowało Ministerstwo Zdrowia podczas posiedzenia podkomisji sejmowej ds. zdrowia publicznego 26 kwietnia, w ciągu tych dwóch miesięcy w Polsce zostało zaszczepionych 3,4 tysiąca młodych Ukraińców, z czego 2,6 tysiąca przyjęło szczepienie przeciw COVID-19. To oznacza, że szczepienia ujęte w PSO przyjęło maksymalnie ok. ośmiuset młodych uchodźców – przyjmując, że jest ich ok. miliona, minimum 800 tysięcy – to mniej niż 1 procent. Co może się zmienić przez miesiąc?

Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że panuje nad sytuacją, nadzór nad szczepieniami jest w rękach inspekcji sanitarnej, zaś na ręce ministra edukacji i nauki został przekazany list ministra zdrowia, skierowany do rodziców i opiekunów, wyjaśniający, jak ważne są szczepienia. Posłanka Marcelina Zawisza oceniła tę strategię promocji szczepień jako daleko niewystarczającą (eufemizm). – Jak promowaliście program 500+, byliśmy zalewani informacjami. Tak samo musi być z kampanią na rzecz szczepień, i to skierowaną zarówno do Ukraińców, jak i do Polaków, bo rośnie liczba uchybień od szczepień obywatelskich – apelowała. – Minister zdrowia obiecywał w czasie pandemii, że informacje na temat szczepień i ich promocja będą wyskakiwać z lodówki, gdy ją tylko otworzę. Informuję, że w mojej lodówce na półce z kampanią promującą szczepienia są pustki – mówiła do dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ, Dariusza Poznńskiego. Mimo wagi tematu – posiedzenie podkomisji było w całości poświęcone tematowi szczepień w związku z kryzysem uchodźczym, wzięło w nim udział wielu ekspertów, nikt z kierownictwa resortu nie znalazł czasu, by wziąć w nim udział.



## LECZENIE RANNYCH

W polskich szpitalach w kwietniu przebywało kilkudziesięciu rannych żołnierzy ukraińskich, ale Polska przygotowuje się na dużo szersze otwarcie szpitali na potrzeby ukraińskiej armii. Premier Mateusz Morawiecki informował nawet, że możemy przyjąć 10 tysięcy rannych. Nie wiadomo, czy takie będą potrzeby – w ciągu pierwszych 60 dni inwazji Rosji zdecydowana większość z nich otrzymywała pomoc medyczną w ukraińskich szpitalach – ale z pewnością Ukraina podejmie decyzję o przekazywaniu swoich rannych do innych państw. – Jesteśmy na etapie uzgodnień z NATO i krajami Unii Europejskiej. Ukraina jeszcze nie podjęła w tej sprawie decyzji, ale najpewniej jest to kwestia najbliższych dni, że takie osoby, zarówno cywilne, jak i wojskowe, będą przekazywane. Na razie spośród państw sojuszniczych taką pomoc zadeklarowały Polska, Litwa oraz Łotwa – mówił gen. Grzegorz Gielerał w Katowicach. – Ośrodkiem koordynującym ma być ośrodek w Niemczech w Koblencji. W Chelmie natomiast powstanie ośrodek, którego zadaniem będzie przyjmowanie pacjentów, ich kwalifikacja do dalszego leczenia oraz przekazywanie do krajowych i zagranicznych szpitali – powiedział.

## Polska ma nie tylko prawo, ale i obowiązek ubiegania się o pieniądze z UE na finansowanie opieki nad uchodźcami

Wspólnym mianownikiem wszystkich wojennych wątków są oczywiście – pieniądze. Spór o szczepionki to nic innego jak próba wywarcia presji na Komisję Europejską, by przyspieszyła procedury przyznania Polsce większych środków na pomoc dla uchodźców, ale również, prawdopodobnie, to element „zmiękczenia” Komisji Europejskiej w sporze o praworządność. Minister zdrowia Bolesław Piecha, wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, a także były europoseł PiS uważa, że Polska ma nie tylko prawo, ale i obowiązek ubiegania się o pieniądze z UE na finansowanie opieki nad uchodźcami. Podkreśla również, że nie ma powodu, by wątpić czy kwestionować zapowiedzi Unii Europejskiej dotyczące przekazania Polsce środków na ten cel. – Czy pojawią się natychmiast? Wątpię, mówię to z mojego doświadczenia europarlamentarzysty. Na pewno się jednak znajdą. Czy będą wystarczające? Również wątpię, ale my przecież już dzisiaj wykładamy określone środki na pomoc ukraińskim uchodźcom. Byłoby czymś bardzo nierozsądnym, gdybyśmy zatrzymywali ich na granicy, bo Unia nie płaci – tłumaczył Piecha.

Pieniądze wydają się też głównym motywem sporu o kształt opieki medycznej dla uchodźców: czy mają zasilać system w jego dotychczasowym kształcie (stawka kapitałowa w POZ, bez gwarancji koordynacji opieki, bo przecież nie jest tajemnicą, że tylko część poradni lekarzy rodzinnych do takiej koordynacji jest przygotowana), czy też mają być kumulowane i przekazywane – jak sugeruje gen. Gielerał, ale również przedstawiciele np. prywatnego sektora – placówkom, które będą się specjalizować w kompleksowym zabezpieczeniu zdrowotnym obywateli Ukrainy? Wybór nie jest prosty, ale jego brak może spowodować chaos i problemy w systemie, który co prawda minister zdrowia uznał za „odporny na wstrząsy”, czy też bliski osiągnięcia takiego stanu, ale wydaje się, że jest to diagnoza oparta na zdecydowanie bardziej na wizji niż na faktach. ■



**A** KRZYSZTOF  
BOCZEK

Zespół Lekarzy bez Granic przeprowadza ewakuację medyczną pociągami ze wschodu Ukrainy do Lwowa.

Fot. Maurizio Debanne/MSF, Ukraina, 2022

# SYTUACJA I POTRZEBY SZPITALI NA UKRAINIE

**Placówki medyczne na Ukrainie wypełniają się rannymi. Medycy na Wschodzie mają ogromne potrzeby. Ofensywa Rosjan tylko je zwielokrotni.**

**J**uż kilka dni po wybuchu wojny polski rząd ogłosił, że specjalny pociąg będzie przewoził ofiary do szpitali w Polsce. Już na początku zgłosiło się ponad 30 polskich placówek chętnych do operowania i leczenia rannych na froncie ukraińskim. Ale pociągi, które przyjeżdżały do Przemyśla, odjeżdżały z uchodźcami zdrowymi, miast rannych. Bo długo placówki na zachodzie Ukrainy nie odczuwały przeciążenia, nadal miały wolne moce, zarówno w personelu medycznym, jak i miejscach w szpitalach.

## Marzec – relatywnie duże moce przerobowe

3 marca rozmawialiśmy z Aleksandrem Neczypurenko, lekarzem w Buczy, którego dom stoi dosłownie 300 m od ulicy, na której zniszczono konwój czołgów i wozów opancerzonych z czeczeńskimi Kadyrowcami. Mimo iż

wówczas jeszcze Rosjanie nie kontrolowali tego terenu, mimo iż Kijów był pod mocnym ostrzałem, jego nie wezwano do pracy w stolicy. – Mają dość personelu, nie ma takiego obciążenia szpitali – twierdził Neczypurenko. Potem – jak już wiemy – Rosjanie w jego Buczy dokonali masowych zbrodni wojennych, rozstrzeliwując ludzi bez powodu. Mieszkańcy nie mogli nawet wyjść z piwnicy.

12 marca 3 rakiety wystrzelone z Białorusi trafiły w lotnisko w Łucku, zabijając 4 osoby i raniąc 6. Te drugie w większości trafiły do szpitala w Łucku i to byli pierwsi pacjenci z ranami wojennymi w tym mieście na Wołyniu, blisko polskiej granicy. Nawet po ataku ponad 30 rakiet na poligon w Jaworowie, 13 marca, gdy rany odniosło ponad 100 żołnierzy ukraińskich i chętnych do dołączenia do Legionu Cudzoziemskiego, wszystkich przewieziono do pobliskiego Lwowa – mieli tam dość miejsca.



Nawet Lekarze bez Granic, którzy w Ukrainie działali już zanim wybuchła wojna – z powodu ognisk m.in. gruźlicy – przez długi czas nie musieli pracować jako medycy/ratownicy. Bo nie było takiej potrzeby. Z Laurentem Ligozatem – szefem ratunkowej misji MSF w Ukrainie – który działał tam od drugiego dnia wojny, rozmawialiśmy 16 marca. Wówczas MSF mieli zespoły m.in. we Lwowie, Kijowie, Żytomierzu, Odessie, Dnieprze. – Wczoraj ewakuowaliśmy część zespołu z Mariupola, a część tam została. Ale kontakt z nimi jest bardzo trudny, rzadki – nie działa tam Internet – mówił Ligozat. Wtedy MSF dysponowali na Ukrainie zespołem 50 osób plus nieustaloną liczbą lokalnych medyków.

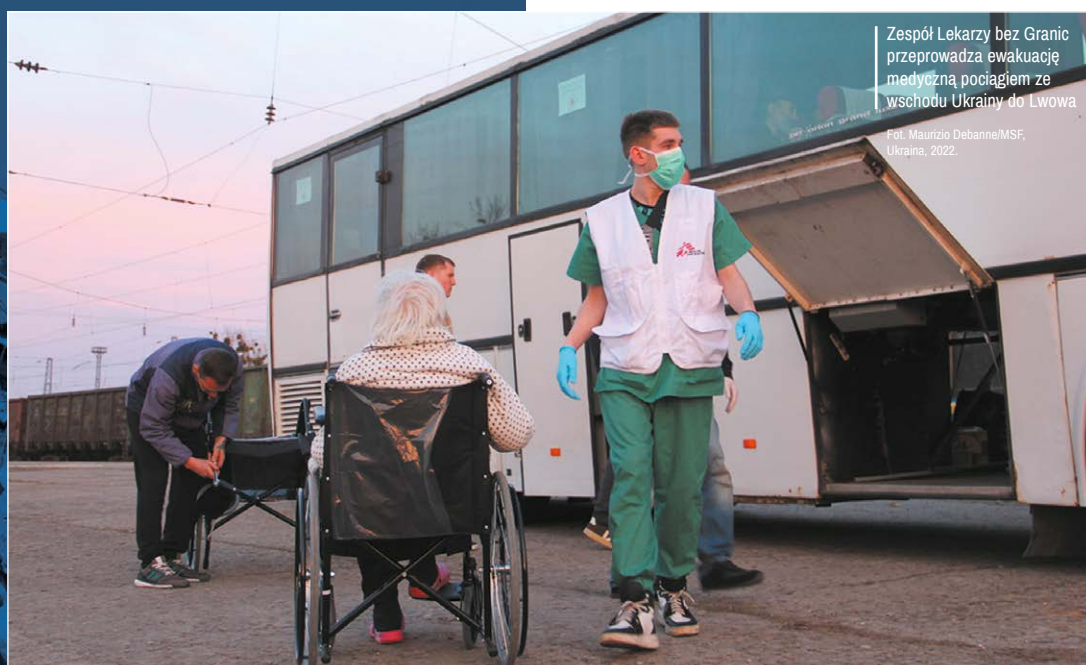
Ukraina nadal miała wystarczające zasoby personelu. – Teraz zajmujemy się głównie dostarczaniem szpitalom tego, czego potrzebują. W kilku miastach dowoziliśmy pakiety pomocowe dla dzieci. Zaopatrujemy też szpitale blisko czy na linii frontu, np. w Zaporozżu czy Mariupolu – relacjonował Laurent Ligozat. Szef misji MSF wyjaśniał, że ich zespoły wchodzi do gry, gdy pojawi się duża liczba ofiar ataków. Wtedy też – w drugiej połowie marca – placówki w pobliżu linii frontu ciągle magazynowały zapasy leków, sprzętu, materiałów opatrunkowych.

Najtragiczniejsza sytuacja była wówczas (i nadal jest) w Mariupolu. W szpitalach – tych, które nadal wtedy tam działały – nie było prądu, wody, ani nawet żadnej możliwości kontaktu z nimi. – Nie mamy żadnych gwarancji, że dostarczymy im jeszcze cokolwiek – mówił Ligozat.

## „Naraz operowało 30–40 chirurgów”

Sytuacja w szpitalach na wschodzie Ukrainy pogarszała się dramatycznie szybko. Na tyle, że już 1 kwietnia Lekarze bez Granic ruszyli z pociągami medycznymi – przewożą nimi rannych, chorych do placówek w zachodniej Ukrainie. W pierwszym transporcie zabrano 9 chorych z Zaporozża i przewieziono, w asyście medyków MSF, do placówki we Lwowie. Potem ruszyły podobne pociągi z Krematorska i innych miejscowości na wschodzie. Równocześnie też MSF uruchomił tzw. mobilne kliniki – zespoły ich medyków udzielają pomocy m.in. w metrze ciągle bombardowanego Charkowa. Inny zespół MSF pracuje klinicznie w południowo-wschodniej Ukrainie, przy granicy z Węgrami.

Placówki w pobliżu linii frontu, w pierwszych dniach kwietnia były już bardzo mocno przeciążone. Gdy 8 kwietnia Moskale zbombardowali rakietą Toczka-U dworzec w Krematorsku, gdzie zginęło min. 59 osób, a grubo ponad setka trafiła z ciężkimi ranami do szpitali, władze podawały, że 30–40 chirurgów naraz operowało poszkodowanych. – Wielu lekarzy z Kijowa wysłano do Krematorska z powodu tego ostrzału dworca. Trzeba było amputować kończyny, wyciągać odłamki z ran – wspomina Aleksander Shulha, traumatolog z Kijowa, z którym rozmawiamy.



Zespół Lekarzy bez Granic przeprowadza ewakuację medyczną pociągami ze wschodu Ukrainy do Lwowa

Fot. Maurizio Debanne/MSF, Ukraina, 2022.

Pod koniec marca br. inny NGOs – Polska Misja Medyczna, która dostarcza do ponad 30 placówek medycznych w Ukrainie niezbędny im sprzęt i leki, przymierzała się do uruchomienia szpitali polowych. Pierwszy ma powstać w pobliżu Mikołajewa – miasta na południu Ukrainy, blisko Odessy, mocno atakowanego przez Rosjan. PMM zamówiła wyprodukowanie całego szpitala, łącznie z osprzętem do niego. – Jego powstanie to już kwestia tygodni – zapowiada nam w połowie kwietnia Dorota Zadroga, reprezentująca w mediach PMM. Ta organizacja prowadzi też punkt pomocy medycznej na przejściu granicznym w Dorohusku, a ich lekarze wizytują chorych w centrum recepcyjnym niedaleko granicy w Lubomlu, gdzie obecnie przebywa ponad 300 osób. „Takie wizyty w różnych miejscowościach przygranicznych odbywają się co kilka dni, biorą w nich udział lekarze z zespołu pracującego także na granicy, ponieważ wiele osób wewnętrznie przesiedlonych nie może przejechać kolejnych kilkunastu lub kilkudziesięciu kilometrów, żeby spotkać się w punkcie medycznym” – tłumaczy Dorota Zadroga.

## 500 rannych w Mariupolu

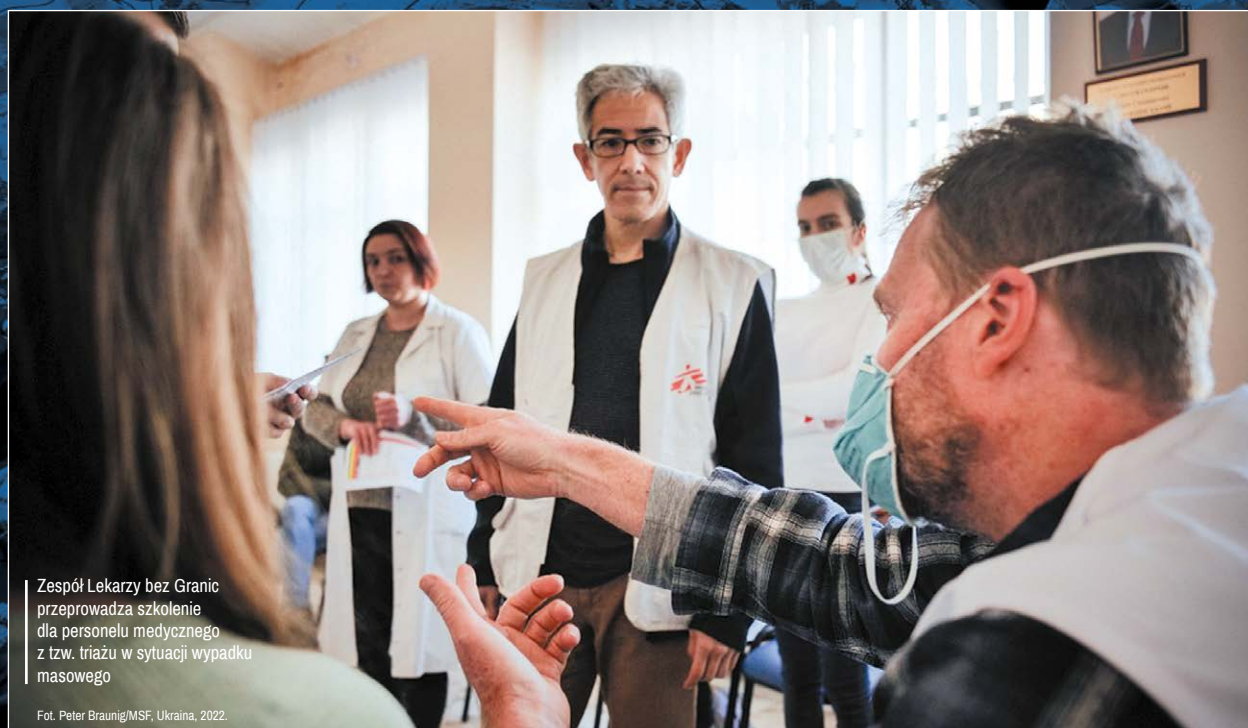
Okolo 18–20 kwietnia, gdy ruszyła ofensywa Moskali na Donbas, już także szpitale na zachodzie Ukrainy wypełniały się rannymi. – Jeszcze nie mamy ich u siebie, ale

Winnicki Szpital Wojskowy ma już za dużo pacjentów, Lwów też. Teraz będzie nasza kolej – jesteśmy najdalej od wojny. Czekamy – zapowiada ordynator ze szpitala w Łucku, Oleh Sawczuk.

W tym czasie w polskich placówkach było już leczonych kilkudziesięciu żołnierzy ukraińskich. A to dopiero początek ofensywy. Rosjanie zgromadzili więcej sprzętu i ludzi, niż w I fazie wojny i nie popełniają już takich błędów. W samym tylko Mariupolu, wg doniesień otoczonych żołnierzy pułku Azov, na pomoc medyczną czekało aż 500 rannych wojskowych. Jeśli uda się ich stamtąd wydostać, to prawdopodobnie też trafią do Polski. Premier Mateusz Morawiecki ogłosił, że nasz kraj może przyjąć nawet 10 tys. rannych. Szykowany od początku wojny pociąg dla rannych dopiero zostanie więc wykorzystany.

## Czego potrzeba?

Potrzeby na sprzęt, leki, były od początku i nadal są olbrzymie. Już drugiego dnia wojny, ordynator szpitala w Łucku – Oleh Sawczuk, prosił autora tego tekstu o zorganizowanie 10 tysięcy worków/ pojemników na krew dla dawców – poczwórnych SAGM. W całej Ukrainie prowadzono zbiórki krwi tak niezbędnej przy linii frontu. Mimo 1,5-miesięcznych starań, mimo kontaktu z wieloma organizacjami, NGOsami, fundacjami i państwowymi instytucjami, nie udało się zdobyć tego sprzętu.



Zespół Lekarzy bez Granic przeprowadza szkolenie dla personelu medycznego z tzw. triażu w sytuacji wypadku masowego

Fot. Peter Brauning/MSF, Ukraina, 2022.



Zespół Lekarzy bez Granic prowadzi klinikę mobilną na stacjach metra w Charkowie

Fot. Adrienne Surprenant/MYOP, Ukraina, 2022.

W połowie marca WHO ostrzegało, że kanały, którymi dostarczają materiały niezbędne w szpitalach są przerywane i to bardzo poważnie. „Wielu dystrybutorów nie działa, niektóre zapasy są niedostępne z powodu działań wojskowych, zapasy leków są na wyczerpaniu, a szpitale mają problemy z zapewnieniem opieki chorym i rannym” – alarmowało WHO w oświadczeniu z 14 marca. MSF donosiło o logistycznych wyzwaniach – wiele towaru trzeba dostarczać w chłodniach.

Ligozat z MSF: – W Mariupolu potrzebują najbardziej krwi.

Im dłużej trwa wojna, tym bardziej rosną potrzeby. Polska Misja Medyczna otrzymuje bardzo dużo próśb od ukraińskich szpitali w sprawie leków i produktów medycznych. Dostarczają towar do ponad setki placówek. Najwięcej potrzebują szpitale wojskowe. Potrzebna jest im insulina, hormony służące leczeniu chorób tarczycy, nadciśnienie. – Na liście najpotrzebniejszych są też środki opatrunkowe, przeciwbólowe, antybiotyki, worki na krew, strzykawki, wata, leki na nadciśnienie, środki na oparzenia czy neutralizujące po użyciu broni chemicznej – wymienia Dorota Zadroga. Do szpitali neonatologicznych PMM wysłała produkty wspomagające oddychanie noworodków w inkubatorach: czapeczki, rureczki, wenfloniki. Dla ok. 30 placówek neonatologicznych PMM przygotowało kompletne pakiety do opieki nad noworodkami przygotowane przez polskich i ukraińskich neonatologów.

Jeszcze w marcu PMM wysyłało transporty do placówek w Mariupolu, teraz już nie robi tego. – Na ten moment nie mamy na naszej liście żadnego szpitala z Mariupola oczekującego na dostawy z naszej strony – informuje Zadroga. To może być efekt tego, że kontakt z tymi placówkami jest utrudniony lub niemożliwy.

MSF dostarcza nadal m.in.: zestawy chirurgiczne, zestawy urazowe. „Jak dotąd najbardziej potrzebne są sprzęt i leki chirurgiczne, urazowe, pogotowia ratunkowego (ER) i oddziału intensywnej terapii (OIOM). Jednak w miarę trwania konfliktu pilnie potrzebne są również inne kluczowe produkty medyczne, w tym insulina dla pacjentów z cukrzycą i leki dla pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak astma, gruźlica, nadciśnienie czy HIV” zaznacza MSF w swoich raportach.

### „Przyslijcie tyle, ile jesteście w stanie”

PMM informuje, że ok. 2 mln Ukraińców ma choroby rzadkie i leki dla nich były zmagazynowane na 3 tygodnie. Czyli już ich brakuje. Takowe też wysyłają – kilkanaście transportów pojechało.

Karetki do Ukrainy dostarcza UNICEF – tylko w drugim tygodniu kwietnia dowieźli 5 nowych ambulansów do szpitali we Lwowie, w kolejnych dniach miało trafić 10 takich pojazdów do 8 regionów Ukrainy.

WHO do 19 kwietnia dostarczyło do szpitali Ukrainy 15 generatorów, w tym do Charkowa, Mariupola.

Aleksander Shulha, traumatolog z Kijowa wymienia, czego w tym rejonie potrzeba:

- apteczek pierwszej pomocy dla lekarzy wojskowych;
- indywidualnych apteczek dla personelu, żołnierzy;
- kamizelek kuloodpornych, najlepiej kevlarowych dla lekarzy/ratowników – by byli bardziej mobilni, mieli mniej skrępowane ruchy, ratując życie na polu bitwy.
- W Kijowie mamy też problem z podtrzymywaniem żywotności sprzętu do resuscytacji – dodaje Shulha.

Zdrowie osób chorych pogarsza dodatkowo przebywanie w przeludnionych schronach, gdy temperatury w nocy spadają poniżej zera, gdzie są duże problemy z higieną, łatwo o zakażenie się od innych, utrudniony jest dostęp do wody czy podstawowych produktów żywnościowych. W gąszczu liczb i pozycji zapotrzebowania, jakie wysyłają ukraińskie placówki do PMM, co jakiś czas powtarza się hasło: „przyslijcie tyle, ile jesteście w stanie”.

Dr Joanne Liu, pediatra, doświadczony członek zespołu reagowania kryzysowego Lekarzy bez Granic w Ukrainie i była szefowa tej organizacji: „Powaga, skala i szybkość wojny na Ukrainie stworzyły po prostu ogromne potrzeby i cierpienia”. ■

# WOJNA TO NIEWYOBRAŻALNY CZYNNIK STRESOWY

**A** MARTYNA TOMCZYK

**Z lek. Tacjaną Wilczyńską, na temat stanu pediatrycznej opieki paliatywnej w Ukrainie do czasu wybuchu wojny i obecnie – podczas wojny, rozmawia Martyna Tomczyk.**

**Martyna Tomczyk:** Jest Pani prezesem ukraińskiej Fundacji „Klinika Opieki Paliatywnej dla Dzieci” w Kijowie oraz konsultantem Wydziału Mobilnej Opieki Paliatywnej Kijowskiego Miejskiego Centrum Diagnostycznego dla Dzieci. Czy może Pani powiedzieć coś więcej na temat swojej pracy i projektów do czasu inwazji armii rosyjskiej na Ukrainę 24 lutego 2022?

**Tacjana Wilczyńska:** Nasz Wydział powstał w 2018 roku, dzięki wsparciu Wydziału Ochrony Zdrowia Kijowskiej Administracji Miejskiej oraz pomocy kolegów i koleżanek z Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci (WHD) i osobistemu zaangażowaniu dr. hab. n. med. Tomasza Dangła oraz lek. Artura Januszańca, z którymi nasza Fundacja współpracuje od 2015 roku. Wysyłali oni listy do odpowiednich władz i wspierali nas merytorycznie: udostępnili i pomogli wdrożyć standardy domowej pediatrycznej opieki paliatywnej WHD. Jestem bardzo dumna, że w ciągu tych kilku lat powstało „partnerstwo publiczno-prywatne” między naszą Fundacją a Kijowskim Miejskim Centrum Diagnostycznym dla Dzieci. Chcieliśmy, aby standardy WHD zostały wprowadzone na poziomie krajowym, ale niestety wojna przerwała te plany.



**Lek. Tacjana Wilczyńska** – specjalista medycyny paliatywnej i żywienia klinicznego, prezes Fundacji „Klinika Opieki Paliatywnej dla Dzieci” w Kijowie w Ukrainie, konsultant Wydziału Mobilnej Opieki Paliatywnej Kijowskiego Miejskiego Centrum Diagnostycznego dla Dzieci, ekspert Medycyny dla Misji Doradczej Unii Europejskiej w Ukrainie podczas pandemii COVID-19, członek Ukraińskiej Akademii Specjalności Pediatrycznych (UAPS), Międzynarodowego Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej (IAHPC) oraz Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (POLSPEN).

Obecnie pod naszą opieką jest ok. 70 nieuleczalnie chorych dzieci (ciężkie formy mózgowego porażenia dziecięcego, choroby zwyrodnieniowe i zanikowe układu nerwowego, wady letalne noworodków, zaawansowane nowotwory, inne). Koncepcja hospicjum domowego według standardów WHD była i jest nadal realizowana przez multidyscyplinarny zespół (lekarze i pielęgniarki opieki paliatywnej, rehabilitant, pracownik socjalny, psycholog, kapelan). Nasi lekarze, a także pani pielęgniarka, pracownik socjalny oraz psycholog odbyli staże w Warszawskim Hospicjum dla Dzieci. Nasza praca była wspierana przez duże pozarządowe organizacje humanitarne – Kyiv Lions Club (członek Lions Club International), International Women’s Club, International Renaissance Fund, a także przez różne firmy międzynarodowe i krajowe oraz osoby, które dzięki dyplomatów z Ambasady Rzeczypospolitej Polskiej w Kijowie. Dzięki wsparciu darczyńców nasz zespół posiadał medyczne wyposażenie, niezbędne materiały i leki oraz specjalistyczne żywienie dla pacjentów. W 2019 r. otrzymaliśmy grant od International Women’s Club na zakup sprzętu do specjalistycznej przychodni stomatologicznej dla nieuleczalnie chorych dzieci. Przychodnia ta miała powstać w Kijowskim Miejskim Centrum Diagnostycznym dla Dzieci, na wzór tej w Warszawskim Hospicjum dla Dzieci. Jak Pani widzi planów na rozwój naszej działalności i tym samym pomocy naszym małym pacjentom i ich rodzinom było dużo...

**M.T.: Na jakim poziomie była pediatryczna opieka paliatywna w Ukrainie przed wojną?**

**T.W.:** Według ostatnich danych Narodowej Służby Zdrowia – tych z 1 stycznia 2019, 65 906 dzieci w Ukrainie wymagało pediatrycznej opieki paliatywnej, najwięcej w dużych miastach – w Kijowie (około 40% potrzeby ogólnej), Charkowie, Lwowie. Według oficjalnych obliczeń, przy takiej liczbie dzieci powinno być optymalnie 308 jednostek świadczących domową pediatryczną opiekę paliatywną, a najmniej 79. W rzeczywistości było ich zaledwie kilkanaście. Dla przykładu w Kijowie, choć oficjalnie było zarejestrowanych 10 jednostek, to de facto działały tylko dwie, w tym jedna nasza. Głównym problemem, oprócz oczywiście niewystarczającej liczby rąk do pracy, było niedostateczne dofinansowanie tego typu świadczeń. Co więcej, zakres opieki nie był precyzyjnie określony przez Narodową Służbę Zdrowia i istotnie się różnił między jednostkami. Nie było też ujednoczonych standardów postępowania, ale wszędzie brakowało wyspecjalizowanych usług, jak na przykład świadczenia stomatologiczne czy porady dietetyczne.

**M.T.: Czy w Ukrainie pediatryczna opieka paliatywna to głównie hospicja domowe? Czy istnieją również hospicja stacjonarne?**

**T.W.:** Chociaż w Ukrainie istnieją stacjonarne hospicja dla dzieci, to model domowy wiąże się z poprawą jakości życia ze względu na lepsze pokrycie potrzeb psychologicznych/społecznych rodzin. Jakiś czas temu, wspólnie z kierownikiem Kijowskiego Miejskiego Centrum Diagnostycznego dla Dzieci i naszym koordynatorem zespołu, przeprowadziliśmy na ten temat badanie, również pod kątem specyfiki rozwoju opieki paliatywnej w Ukrainie. Pokazało ono, że model opieki domowej może być skutecznym sposobem tworzenia krajowej infrastruktury pediatrycznej opieki paliatywnej w tym kraju. Szczegółowe wyniki tego badania zostały opublikowane w 2021 r. w czasopiśmie „Recent Developments in Medicine and Medical Research”.

**M.T.: A jak wygląda sytuacja obecnie? Czy dzieci objęte domową pediatryczną opieką paliatywną w Ukrainie, w miejscach zaatakowanych przez armię rosyjską, są przetransportowywane w inne rejony Ukrainy?**

**T.W.:** Sytuacja oczywiście znacznie się pogorszyła. Na chwilę obecną nasz zespół ma pod opieką dzieci, które pozostały w Kijowie lub w okolicach, jak również dzieci, które zostały przetransportowane do innych, bardziej spokojnych miejsc w Ukrainie – głównie do zachodniej części kraju. Nasi lekarze pracują teraz głównie online w trybie 24/7. Mamy różne internetowe grupy wsparcia i pozostajemy w kontakcie z rodzicami dzięki mediom społecznościowym. Po kryzysie sanitarnym COVID-19 mamy już pewne doświadczenia w pracy zdalnej. Jednak wojna, to zupełnie inna sytuacja... Wojna to niewyobrażalny czynnik stresowy. Te nieuleczalnie ciężko chore dzieci i ich rodziny, które pozostały na miejscu, żyją w ciągłym, ogromnym stresie. Psycholodzy z ośrodków wspierających nasze dzieci w Polsce ciągle mówią o zespole stresu pourazowego zarówno u dzieci, jak i całych rodzin. Musimy mieć to na uwadze, bo przecież opieką paliatywną zostaje objęte nie tylko dziecko, ale cała rodzina. Musimy też nauczyć się, jak zapewnić optymalną domową pediatryczną opiekę paliatywną w tej ekstremalnie trudnej sytuacji, zwłaszcza że nawet przed wojną nie było to łatwe... Jak wiemy, domowa pediatryczna opieka paliatywna ma na celu poprawienie jakości życia nieuleczalnie ciężko chorych lub umierających dzieci poprzez zapewnienie holistycznej opieki – łagodząc cierpienia fizyczne, jak i psychiczne, duchowe oraz społeczne. Jak poprawić jakość życia, kiedy brakuje nawet podstawowych pro-

duktów, wyją syreny, miasta są bombardowane, a rodzice z dziećmi uciekają do schronów lub piwnic?

**M.T.:** Nie można byłoby przetransportować te dzieci i ich rodziny do sąsiednich krajów, w tym do Polski?

**T.W.:** Tak, część dzieci została już przetransportowana do Polski lub do innych państw w Europie. Niedawno udało nam się nawet przetransportować do Polski dziecko ze wschodniej Ukrainy. Tam – na wschodzie, sytuacja jest naprawdę tragiczna. Dziecko nie dostawało w ogóle niezbędnych leków, było bardzo niedożywione i wylężnione. Chciałabym zaznaczyć, że decyzja o przetransportowaniu dziecka jest zawsze indywidualna i należy ona wyłącznie do rodziców chorego dziecka. My możemy jedynie doradzić, jakie byłoby najlepsze według nas rozwiązanie dla konkretnego dziecka, ale nie podejmujemy takich decyzji. Obecnie ok. 15 ukraińskich rodzin z ciężko chorymi dziećmi, którym udzielamy świadczeń z opieki paliatywnej, jest w Polsce, głównie w Warszawie i Krakowie, ale w rzeczywistości nasze rodziny są w całej Polsce. Chciałabym tutaj podziękować z całego serca wszystkim kolegom i koleżankom z hospicjów z całej Polski, jak również całemu społeczeństwu polskiemu, dyplomatom i politykom za nadludzką pomoc i poparcie dla Ukrainy. Jestem Wam ogromnie wdzięczna.

**M.T.:** W jaki sposób można pomóc dzieciom objętym opieką paliatywną, które pozostały w Ukrainie? A w jaki sposób tym, które zostały przetransportowane do Polski?

**T.W.:** Staramy się zapewnić podstawowe potrzeby. Z Polski organizujemy transporty podstawowych rzeczy. Nierzadko ukraińskie rodziny przebywające teraz w Polsce pomagają rodzinom, które zostały w Ukrainie. Niestety dużo rzeczy wciąż nam brakuje. W Ukrainie przed wojną stworzyliśmy system, który dość sprawnie działał – mieliśmy stałych sponsorów pokrywających codzienne potrzeby nier refundowane przez Narodową Służbę Zdrowia i na które rodziny ciężko chorych dzieci nie zawsze było stać – na przykład żywność specjalnego przeznaczenia medycznego lub specjalistyczne kosmetyki. Tutaj, w Polsce, oczywiście nasze dzieci mają zapewnioną opiekę medyczną, sprzęt i wszystko co jest refundowane w ramach NFZ, ale ich rodzin zazwyczaj nie stać na zapewnienie podstawowych potrzeb. Większość z nich nie ma żadnych oszczędności ani też źródła dochodu w Polsce. Nawet jeśli otrzymają świadczenie 500+, to ich sytuacja nie zmienia się w sposób znaczący – ta kwota nie zawsze pozwoli pokryć wszystkie miesięczne wydatki związane z utrzymaniem ciężko chorego dziecka. Mimo ciągłej pomocy otrzymywanej ze strony Polaków, którą tak bardzo doceniamy, potrzeby wciąż są ogromne.

**M.T.:** Czego Pani najbardziej brakuje w codziennej pracy z tymi dziećmi w Polsce?

**T.W.:** Oprócz problemów ściśle medycznych są też problemy natury administracyjnej. Na przykład ukraińskie rodziny w Polsce często pytają mnie, jakie formalności należy spełnić, aby dziecko otrzymało zaświadczenie o niepełnosprawności itp. Nie umiem im pomóc, bo przecież z jednej strony pojawiają się nowe przepisy prawne w związku z zaistniałą sytuacją, po drugie te zagadnienia prawno-administracyjne nie wchodzą w zakres moich kompetencji. Źle się z tym czuję. Koledzy z polskich hospicjów bardzo nam pomagają. Jednak przed ukraińskimi rodzinami stoi nadal bardzo dużo wyzwań prawno-administracyjnych, związanych z codziennym życiem i opieką nad chorym dzieckiem. Warto byłoby, aby w tych kwestiach mogli oni skorzystać z pomocy wolontariuszy. Byłoby to dla nich dużym ułatwieniem.

**M.T.:** Na jakie aspekty medyczne powinni zwrócić szczególnie uwagę lekarze przyjmujący ukraińskie dzieci do hospicjów w Polsce?

**T.W.:** Z punktu widzenia medycznego wszystkie nasze dzieci doświadczyły ogromnego stresu i niedożywienia z powodu wojny, co oczywiście znacznie pogorszyło ich stan zdrowia. Kiedy trafiają do Polski, są więc bardzo zestresowane i niedożywione, co utrudnia początkowe diagnozowanie. Na początku to zawsze jest duże wyzwanie – żeby ocenić jak stan tych ciężko chorych dzieci będzie się zmieniał po tylu traumatycznych przeżyciach związanych z wojną, niedożywieniem i zaprzestaniu przyjmowania podstawowych leków, i czy ten stan jest obarczony wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci. Z moich do-



świadczeń wynika, że po miesiącu pobytu w Polsce stan tych dzieci zazwyczaj bardzo się poprawia – zmniejsza się napięcie mięśniowe, zaczynają przybierać na wadze, lepiej śpią. Ale i też zdarzają nam się sytuacje, że musimy skierować je do szpitala, żeby wprowadzić korekty na przykład terapii przeciwdrgawkowej (u dzieci z padaczką oporną na leki musimy wprowadzać to na wydziale pod ciągłą obserwacją, nie ambulatoryjnie). Są też sytuacje odwrotne: mieliśmy przypadek, kiedy dziecko miało zostać zakwalifikowane do założenia sondy nosowo-żołądkowej, czyli żywienia dojelitowego, bo drastycznie spadła mu waga ciała od czasu wybuchu wojny. Natomiast po korekcie diety, wprowadzeniu dodatkowej żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i zapewnieniu mu ciszy i spokoju dziecko zaczęło przybierać na wadze i są duże nadzieje, że pozostanie na żywieniu doustnym. Myślę, że nie należy podejmować od razu ważnych decyzji, tylko na początku obserwować. Koledzy z polskich hospicjów przyjmują te dzieci najpierw na kilka miesięcy – żeby właśnie obserwować ich stan i dopiero później będą ustalać dalsze postępowanie.

**M.T.:** Zna Pani doskonale zarówno kulturę i język polski, jak i kulturę i język ukraiński. Na jakie aspekty niemedyceczne czy też różnice kulturowe powinien być przygotowany polski personel opieki paliatywnej zajmujący się dziećmi z ukraińskich rodzin?

**T.W.:** Przede wszystkim, na początku lekarz powinien zrobić bardzo staranny wywiad odnośnie do doświadczenia rodziny w ukraińskim systemie opieki nad chorym dzieckiem. Jakie dokładnie świadczenia otrzymywało dziecko w Ukrainie, a jakich nie, jakie były przyzwyczajenia rodziny (np. czy chodziła do cerkwi, brała udział w grupach rodziców z dziećmi z podobnymi chorobami itp.), jaka jest jej wiedza na temat opieki paliatywnej i jakie są jej oczekiwania wobec tej formy opieki itp.

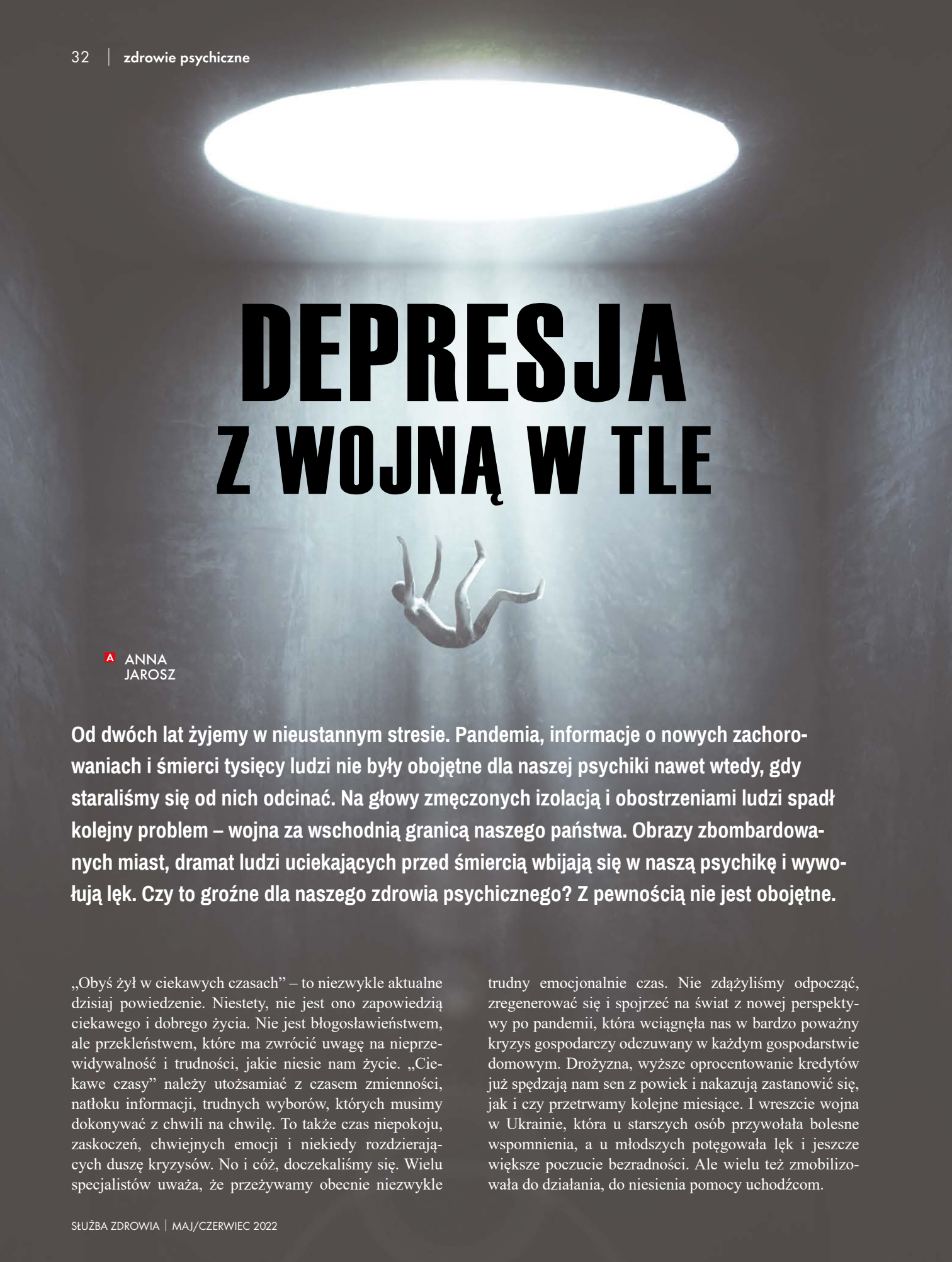
Percepcja opieki paliatywnej przez ukraińskie rodziny, pomimo ogromnej i szczerzej wdzięczności dla polskiego personelu, zależy w znacznym stopniu od ich doświadczeń w przeszłości w Ukrainie. Mimo że opracowaliśmy z kolegami z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci ogromny „pakiet przygotowawczy” – np. wszystkie procedury i zgody rodziców zostały przetłumaczone na język ukraiński i są zawsze dokładnie wyjaśniane rodzicom, także w języku ukraińskim – to nie zawsze oznacza to, że rodzice od razu i w pełni je rozumieją. Należy zaznaczyć tutaj, że bardzo duży odsetek ukraińskich dzieci, zanim zostało objętych opieką paliatywną, ulegało uporczywej/daremnej terapii, często latami... Nierzadko ich rodzice otrzymywali sprzeczne opinie czy też złudne nadzieje od różnych lekarzy. To wszystko sprawiło, że rodzice tych



dzieci są zazwyczaj wyczerpani psychicznie, a kontekst wojenny tylko ten stan pogorszył. Co więcej, zazwyczaj nie mają oni w ogóle zaufania do personelu medycznego... I to zaufanie należy zbudować. Nie jest to jednak proces ani łatwy, ani natychmiastowy. Myślę, że o tym właśnie aspekcie polscy lekarze przyjmujący ukraińskie dzieci do hospicjów w Polsce powinni szczególnie pamiętać. Nie jesteśmy niechlujni, po prostu mamy inne doświadczenia w innym środowisku. Ale z całą pewnością i szczerością mogę powiedzieć, że po nabyciu nowego, lepszego doświadczenia w nowym środowisku – tutaj w Polsce, ukraińskie rodziny nabierają zaufania i sumiennie wykonują wszystkie zalecenia personelu opieki paliatywnej.

**M.T.:** Według Pani, jakie wyzwania dla pediatrycznej opieki paliatywnej nie tylko w Ukrainie czy w Polsce, ale i na całym świecie, stwarza inwazja Rosji na Ukrainę?

**T.W.:** Wojna pokazała, jak ważne jest zapewnienie opieki paliatywnej w sposób ciągły. Niestety, jak wiemy, nie zawsze jest możliwe nie tylko w Ukrainie, ale i w wielu innych państwach, głównie z powodu niewystarczającego dofinansowania tej formy opieki oraz braków kadrowych. Uważam, że opieka paliatywna powinna być zorganizowana, finansowana i wspierana tak jak inne dziedziny medycyny. Narodziny i śmierć człowieka są dwoma kluczowymi momentami na szlaku życia. Jeśli tak poważnie podchodzimy do momentu narodzin, dlaczego z taką samą powagą nie traktujemy śmierci? Wszędzie tam gdzie jest to konieczne – w Ukrainie, w Polsce i na całym świecie powinny zostać stworzone godne warunki zarówno życia i umierania dla ciężko chorych małych pacjentów, jak i pracy dla personelu medycznego, który się nimi zajmuje i ich rodzinami, także w święta i weekendy. Zapewnienie tych potrzeb jest przecież wskaźnikiem rozwoju cywilizacyjnego danego kraju i świadectwem naszego człowieczeństwa. ■



# DEPRESJA Z WOJNĄ W TLE

**A** ANNA  
JAROSZ

Od dwóch lat żyjemy w nieustannym stresie. Pandemia, informacje o nowych zachorowaniach i śmierci tysięcy ludzi nie były obojętne dla naszej psychiki nawet wtedy, gdy staraliśmy się od nich odcinać. Na głowy zmęczonych izolacją i obostrzeniami ludzi spadł kolejny problem – wojna za wschodnią granicą naszego państwa. Obrazy zbombardowanych miast, dramat ludzi uciekających przed śmiercią wbijają się w naszą psychikę i wywołują lęk. Czy to groźne dla naszego zdrowia psychicznego? Z pewnością nie jest obojętne.

„Obyś żył w ciekawych czasach” – to niezwykle aktualne dzisiaj powiedzenie. Niestety, nie jest ono zapowiedzią ciekawego i dobrego życia. Nie jest błogosławieństwem, ale przekleństwem, które ma zwrócić uwagę na nieprzewidywalność i trudności, jakie niesie nam życie. „Ciekawe czasy” należy utożsamiać z czasem zmienności, natłoku informacji, trudnych wyborów, których musimy dokonywać z chwili na chwilę. To także czas niepokoju, zaskoczeń, chwiejnych emocji i niekiedy rozdzierających duszę kryzysów. No i cóż, doczekaliśmy się. Wielu specjalistów uważa, że przeżywamy obecnie niezwykle

trudny emocjonalnie czas. Nie zdążyliśmy odpocząć, zregenerować się i spojrzeć na świat z nowej perspektywy po pandemii, która wciągnęła nas w bardzo poważny kryzys gospodarczy odczuwany w każdym gospodarstwie domowym. Drożyzna, wyższe oprocentowanie kredytów już spędzają nam sen z powiek i nakazują zastanowić się, jak i czy przetrwamy kolejne miesiące. I wreszcie wojna w Ukrainie, która u starszych osób przywołała bolesne wspomnienia, a u młodszych potęgowała lęk i jeszcze większe poczucie bezradności. Ale wielu też zmobilizowała do działania, do niesienia pomocy uchodźcom.



– Nie dziwi mnie, że Polacy tak aktywnie zaangażowali się w pomoc dla Ukrainy – mówi dr n. med. Magdalena Namysłowska, psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta z Warszawskiego Ośrodka Psychoterapii i Psychiatrii. – Przez ostatnie dwa lata wytraciliśmy całą energię, bo odebrano nam możliwość swobodnego działania. Aktywność, która teraz się ujawnia, pomimo że jest mocno stresująca, jest zdrowym odruchem samoobronnym. Z drugiej strony nasze zaangażowanie jest próbą zamiany lęku na działanie. Ale coraz częściej słyszę od pacjentów, że jest im bardzo ciężko. Wydarzenia wojenne, brutalne obrazy pokazywane w mediach napierają na nas w nieco inny sposób niż pandemia. Wybuch wojny w Ukrainie u wielu osób wywołał paniczny lęk, który przejawiał się w bardzo różny sposób. Pary, które do mnie przychodzą na terapię, kłóciły się między sobą i to był ich mechanizm obronny.

## Pacyfikacja lęku

Wielkie zaangażowanie się w niesienie pomocy uchodźcom spacyfikowało nasze lęki, ale niektórych z nas doprowadziło też do wypalenia, niektórzy się złością na cały świat, inni zapadają w smutek.

– Na podstawie rozmów z moimi pacjentami wnioskuję, że ogólny poziom lęku nieco się zmniejszył, ponieważ przyzwyczailiśmy się nieco do tej sytuacji – dodaje lekarka. – Na razie nie obserwuję wzrostu liczby pacjentów z objawami depresyjnymi, ale wielu skarży się na zmęczenie i przytłoczenie ogólną sytuacją. Ciekawa jest przemiana postaw młodzieży. W okresie pandemii ich problemy emocjonalne stale narastały. Wielu cierpiało z powodu depresji. Przyczyniła się do tego izolacja i brak kontaktów z rówieśnikami. Teraz jest nieco inaczej. Młodzi angażują się w różne zbiórki dla uchodźców, są aktywni i nie przeżywają konfliktu wojennego tak jak dorośli. Gdy pytam się, czy się boją, że w Polsce będzie wojna, odpowiadają – nie. Myślę, że na takie postawy składa się wiele elementów. Młodzi ludzie nie pamiętają – i dobrze – wojny i trudnych czasów, jakie ma za sobą starsze pokolenie. Wspomnienie choćby kartek na żywność, stanu wojennego, pustych półek w sklepach jest dla nich czystą abstrakcją. Ale obecnie jest też inny przekaz transgeneracyjny, czyli międzypokoleniowy. Wiem to z własnego doświadczenia. Moi rodzice i dziadkowie opowiadali o dramacie wojny, o stratach, jakich doświadczyli, ale ja już nie czułam potrzeby przekazywania swoim dzieciom tych doznań z emocjami, jakie mieli moi rodzice. Młodzież zna historię, wie, co się działo, jakie dramaty przeżywali ludzie, ale nie odczuwają tego tak intensywnie jak seniorzy, dla których wojna to wciąż żywe obrazy.

## Jesienią będzie gorzej

Depresja to choroba jak każda inna, np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, która jest związana z wadliwym funkcjonowaniem neuroprzekazników w mózgu. Nie jest oznaką słabości. Choroba ta dotyka ludzi w różnym wieku, niezależnie od płci, wykształcenia czy statusu społecznego. To nie jest tylko chwilowe obniżenie nastroju, ale stan psychiczny, który utrudnia lub wręcz uniemożliwia codzienne funkcjonowanie. Obniżony nastrój, smutek, brak energii, utrata sprawności intelektualnej, pesymistyczne widzenie przyszłości, niska samoocena, brak zainteresowania czynnościami, które dotychczas sprawiały przyjemność, zaburzenia rytmów okołodobowych (m.in. zaburzenia rytmu snu i czuwania), zmniejszony lub zwiększony apetyt to typowe objawy depresji. Depresja odbiera radość życia i jest przyczyną cierpienia psychicznego. Przyczyn depresji upatruje się we wspólnym oddziaływaniu czynników endogennych (genetycznych), egzogennych (związanych z chorobami somatycznymi i przyjmowaniem leków, które mogą obniżać nastrój) oraz psychogennych, do których zalicza się trudne doświadczenia życiowe, straty czy istotne zmiany. Wydaje się, że w obecnej sytuacji te ostatnie mogą wysunąć się na pierwszy plan. U wielu osób narasta niepokój i lęk przed przyszłością nie tylko z powodu wojny w Ukrainie, ale też coraz trudniejszej sytuacji ekonomicznej, drożyzny i braku perspektyw na przyszłość.

– Rzeczywiście sytuacja jest bardzo skomplikowana – mówi Magdalena Namysłowska. – Jednak jest to zbyt krótki czas, aby dzisiejsze obawy i lęki od razu przełożyły się na częstsze występowanie objawów depresyjnych. Większość pacjentów skarży się na wypalenie, masywne zmęczenie. Są też osoby, które chorowały na COVID-19 i mają kłopoty z pamięcią i koncentracją. Bywa i tak, że pacjenci utracili wewnętrzne zasoby, które trzymały ich w dobrym zdrowiu psychicznym. Depresja nie wybucha z dnia na dzień. To proces, który narasta stopniowo, często przez wiele miesięcy czy lat. A zatem jest duże prawdopodobieństwo, że jesienią będziemy mieć wielu pacjentów z depresją. Nie tylko z powodu wojny w Ukrainie, ale





z powodu pogarszających się warunków życia w naszym kraju. Nie jest przecież tajemnicą, że ludzie tracą pracę, muszą się ograniczać, liczyć każdy grosz, odmawiać sobie wielu, nawet drobnych przyjemności. To nie buduje zdrowia psychicznego. Szybkim krokiem zbliżają się wakacje, które zawsze były obietnicą spokoju, radości, odprężenia, kreatywności, odejścia od rutyny. Ale jest pytanie – ilu z nas będzie mogło lub chciało gdzieś pojechać? Wbrew pozorom to nie jest pytanie oderwane od naszego tematu. Wakacje są niezwykle ważne dla naszej kondycji psychicznej. Ale może się okazać, że ze względu na sytuację ekonomiczną lub wojenną, wielu z nas zrezygnuje z wyjazdu. To też może się stać przyczyną obniżenia nastroju, narastania frustracji i w efekcie depresji.

### Nie nakręcajmy się

Wielu z nas rzuciło się w wir akcji pomocowych dla uchodźców. Państwo, chociaż nie wprowadziło żadnych systemowych rozwiązań dla uciekających z Ukrainy, szerokim gestem rozdaje różne przywileje. Nie wszystkim się to podoba, nawet jeśli w głębi duszy uważają, że należy pomagać uchodźcom. Czy ta powszechna sympatia, okazywanie współczucia, niesienie pomocy nie zmęczy nas? Nie wpłynie na nasze postawy?

– To trudny wątek – stwierdza doktor Namysłowska. – Okazywanie współczucia może zmęczyć, zwłaszcza wtedy, gdy coraz poważniejsze stają się nasze własne problemy ekonomiczne i psychiczne. Sądzę jednak, że jeśli dojdzie do zmiany naszych postaw będzie to proces rozłożony w czasie. Często się mówi, że miłość i nienawiść

dzieli tylko jeden krok. Życie to często potwierdza. Wydaje się, że tym „pierwszym krokiem” mogą być egzaminy do szkół średnich. Z rozmów z pacjentami dowiaduję się, że niepokoją się, że napływ uczniów z Ukrainy przełoży się na większą liczbę dzieci w klasie i obniżenie poziomu nauczania. Nikt nie odmawia dzieciom z Ukrainy prawa do nauki. Jednak zdarza się, że na fali niesienia pomocy uchodźcom, przez nieprzemysłane decyzje dyrektorów szkół, polskie dzieci zostały zapędzone do kąta, zeszyły na dalszy plan. Tę sytuację można przenieść właściwie na każdą dziedzinę życia – pracę, opiekę medyczną itp. Nieprzemysłana spontaniczność działania prowadzi do tego, że – jak to się mówi – wylewamy dziecko z kąpielą. To może prowadzić do niezadowolenia i zmiany postaw wobec przybyszów. Niezadowolenie i rozgoryczenie dzieci przeniesie się na rodziców. W ludziach może narastać gniew, który skrzyżowany z trudną sytuacją ekonomiczną i drożyzną, będzie u wielu osób przyczyną depresji. Sądzę, że wszystkie negatywne emocje, których z różnych powodów teraz doświadczamy, skumulują się jesienią i więcej osób będzie miało problemy ze zdrowiem psychicznym. Chciałabym jednak przestrzec przed uogólnianiem, klasyfikowaniem i złymi emocjami, które nigdy nie są budujące.

### Trzeba działać

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja jest czwartą najpoważniejszą chorobą na świecie. Choruje na nią 350 milionów ludzi na świecie, w Polsce – 4 miliony. Ale przed pandemią niewiele się u nas mówiło na ten temat.

– To prawda – mówi Magdalena Namysłowska. – Zdrowie psychiczne nigdy nie było w centrum uwagi. Czasem nawet bagatelizowano problemy. Ale pandemia znacznie nas wszystkich zmieniła. Świat uczestniczył w gigantycznym, przerażającym spotkaniu z siłą biologii. Na całym globie ludzie tracili bliskich, zdrowie, majątki. To wszystko zszargało naszą psychikę, niezależnie od tego, jak boleśnie odczuwaliśmy te zdarzenia. Jedyna korzyść, jaka z tego wyniknęła, co obserwuję w gabinecie, to większe zainteresowanie ludzi zdrowiem psychicznym. Do niedawna wiele osób uważało, że korzystanie z pomocy psychiatry czy psychologa to totalna życiowa porażka.

Obecnie ludzie przychodzą chętniej, bo nie radzą sobie z codziennością. Często pytają, jak dbać o zdrowie psychiczne. A nie jest łatwo, bo na trudną sytuację spowodowaną pandemią nałożyła się wojna. Do Polski z Ukrainy przybyło blisko 2,5 mln osób. Przywieźli ze sobą nie tylko traumę wojenną, ale – być może – także schorzenia psychiczne. Trzeba im pomóc, zaopiekować się nimi, bo wymagają kontynuacji leczenia. Nie będzie to łatwe, bo system opieki psychiatrycznej w naszym kraju, delikatnie mówiąc, mocno kuleje. Brakuje lekarzy. Nakłady na psychiatrię są też daleko niewystarczające. Pojawia się też problem komunikacji z uchodźcami. Jak postawić rozpoznanie, jeśli nie można rzetelnie zebrać wywiadu. Napad paniki czy psychozę można rozpoznać na podstawie objawów czy zachowania pacjenta, ale z innymi schorzeniami nie będzie tak łatwo.

Sytuacja w polskiej psychiatrii jest bardzo trudna. Mimo wielu sygnałów lekarzy psychiatrów, którzy mówią o zbyt niskich nakładach na leczenie, w budżecie na rok 2021 psychiatria dostała mniej o 100 mln zł. W sumie na zdrowie psychiczne Polaków wydawane jest ok. 3,6 mld zł rocznie. Szacuje się, że obecnie brakuje około 300 lekarzy tej specjalności. Resort zdrowia wyliczył, że od 2015 do 2019 roku nakłady na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień wzrosły o ponad 28 proc. Wydatki na psychiatrię w Polsce stanowią 3,04 proc. wydatków NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej. Ale potrzeby są o wiele większe. Przed pandemią psychiatrycznie leczono się 1,6 miliona osób w Polsce. Ilu będzie nowych pacjentów? Trudno przewidzieć, ale wiele wskazuje na to, że będzie ich o wiele więcej.

## Chrońmy się

Codziennie na ekranach naszych telewizorów pojawiają się dramatyczne i niezwykle poruszające zdjęcia zbombardowanych miast, zabitych i rannych ludzi. Nawet jeśli ograniczymy sobie dawkę nowych informacji, będą one do nas docierały. Nie da się człowieka wyłączyć z rzeczywistości. Nie da się zamieść pod dywan tragedii, która rozgrywa się na naszych oczach. Ale nie da się także nie zauważać, że dla coraz liczniejszej grupy codzienne życie staje się coraz trudniejsze. Starzy ludzie szukają na sklepowych półkach tanich towarów. Niektórzy wyprzedają swoje rzeczy na bazarach, aby jakoś związać koniec z końcem. To nie wróży niczego dobrego. Młodzi też nie są w dobrej kondycji. Przpracowani, żyjący w ciągłym stresie, obarczeni kredytami – często nie radzą sobie z emocjami, co odbija się nie tylko na zdrowiu psychicznym, ale także fizycznym.

– Rzeczywistość, która nas otacza, skłania do pesymistycznego myślenia, a to odbija się na naszej kondycji psychicznej – mówi dr Namysłowska. – W wielu osobach narasta lęk, niepokój, ale skutki tego będą widoczne za kilka miesięcy. Teraz – wiem to od swoich pacjentów – wiele osób ratuje się oglądaniem budzącej się do życia przyrody. Ale wiosna i lato szybko przeminą. Przyjdzie jesień, która sama w sobie sprzyja obniżeniu nastroju. Jeśli do tego będzie narastał kryzys finansowy, to wiele osób wpadnie w depresję. A przecież są wśród nas nasi goście, uchodźcy, którymi chcemy się opiekować. Ale nie będziemy mogli zadbać o innych, jeśli nie zadbamy o siebie. Nasze zdrowie psychiczne powinno być na pierwszym planie. Każdy z nas inaczej reaguje na traumę, ale poszukujemy rzeczy, które są dla nas ważne, sprawiają choćby drobną przyjemność, które pozwalają trochę odizolować się od rzeczywistości. Nie ma potrzeby śledzenia wiadomości telewizyjnych kilka razy dziennie, bo to sprawia, że utrzymujemy się w ciągłym zatrwożeniu. To podbija nasz pesymizm. Zabiegajmy także o bliskość z rodziną, przyjaciółmi. Spotkania z życzliwymi ludźmi mają wielką moc. Są jak plaster przyklejony na skaleczony palec. Ale prawdą jest i to, że musimy się nauczyć na nowo bliskości ze znajomymi, bo pandemia wyrwała nas z tego kręgu. Ludzie się nie spotykali, bo taki był nakaz chwili. Teraz jest czas, aby odbudować kontakty. Pacjenci często skarżą się, że utracili kontakt z wieloma znajomymi, że to im dokucza, że nasila poczucie osamotnienia. A to emocjonalnie bardzo niedobry stan, ponieważ może być wstępem do poważnych zaburzeń psychicznych. Pandemia każdego z nas okaleczyła w inny sposób i z tym faktem nie ma co dyskutować. Każdy w swoim bagażu psychicznym ma większą lub mniejszą traumę. Teraz mierzymy się z kolejnymi trudnymi doświadczeniami, wobec których nie można pozostać obojętnym. Jeśli nie będziemy zjednoczeni w trosce o zdrowie psychiczne, nasz zamęt psychiczny może się przerodzić w gniew, w antagonizmy, które nie służą niczemu dobremu. Nie ludźmy się, że żyjemy w idealnym świecie. Takiego nie ma. Ale pamiętajmy też o tym, aby pomagać naszym gościom w mądry sposób. Mądry, czyli taki, który nie będzie dla nich upokarzający czy niewygodny psychicznie, ale też i taki, który nie będzie naruszał naszych wartości i niezależności. Przyjęliśmy ich z szeroko otwartymi ramionami, więc należycie się nimi zaopiekujmy, aby mogli odbudować swoją psychikę. Myślmy też o sobie. A gdy zaobserwujemy u siebie niepokojące objawy, przedłużający się smutek czy obojętność na codzienne sprawy – szukajmy pomocy u specjalistów. ■



# ZA CO TRZYMAJĄ NAS CHINY?

Kiedy w kwietniu br. cały 26-milionowy Szanghaj został objęty lockdownem z powodu COVID-19, reszta świata znów zaczęła się zastanawiać, czy dostawy farmaceutyczne z Chin, od których wszyscy się uzależniliśmy zostaną wstrzymane. Europa deklaruje chęć budowania autonomii w tym zakresie, ale czy jest gotowa ponieść jej koszt?



**HALINA PILONIS**

Dziennikarka specjalizująca się w tematyce ochrony zdrowia

**P**andemia obnażyła skalę uzależnienia Europy i USA od Państwa Środka i dziś rządy wielu krajów są zdeteminowane, aby to zmienić. Jednak chińska determinacja, aby nie tylko utrzymać swoją monopolistyczną pozycję, ale i ją wzmocnić, jest równie silna. Poza tym uniezależnienie od Pekinu ma swoją cenę. Leki wyprodukowane w UE i z substancji wytworzonych w Europie będą droższe. Czy zgodzimy się zapłacić za farmaceutyki więcej?

## Dziś 3/4 substancji do produkcji leków powstaje w Chinach...

...a ich produkcja jest skoncentrowana w Szanghaju, Zhejiang i Jiangsu.

Chiny są kluczowym światowym dostawcą składników antybiotyków i witamin.

Jak podaje japoński portal Nikkei Asia, udział Chin w światowym eksporcie najważniejszych składników w 2020 r. według wolumenu w przypadku tetracycline/doxycycline wyniósł 86 proc, a w przypadku witaminy B1 – 63 proc.

Nie zawsze tak było. Do połowy lat 90. Europa i USA wytwarzały 90 proc. stosowanych na świecie substancji do produkcji leków (API). Dziś zaledwie 20 proc.



Podobne zmiany zaszły w Polsce. – Jeszcze 20 lat temu mieliśmy w naszym kraju zarejestrowanych około 300 producentów substancji czynnych, z czego około 130 to były substancje ziołowe. Dzisiaj możemy powiedzieć, że aktywnych producentów substancji czynnych nieziołowych jest kilkunastu – mówi Sebastian Szymanek, prezes zarządu Polpharma SA, która jest największym producentem API w Polsce. Dodaje, że w takiej sytuacji jest cały rynek europejski. Około 2/3 CEP substancji, czyli zgodności certyfikacji z Farmakopeą Europejską to są certyfikaty z krajów azjatyckich.

Również w przeglądzie łańcucha dostaw opublikowanym przez Biały Dom w czerwcu 2021 r. podkreślono, że „podaż leków i zdrowie obywateli amerykańskich uzależnione jest od podatnych na geopolityczne strategie obcych rządów”.

Nawet Indie – nazywane apteką świata – w dużej mierze zależą od chińskich dostaw substancji czynnych.

Eksperti cytowani przez Nikkei Asia wskazują, że Chiny są też mocno obecne w produkcji artykułów medycznych wykorzystywanych do leczenia COVID-19. Wytwarzają 90 proc. składników chemicznych niezbędnych do produkcji środków uspokajających, antybiotyków, leków przeciwzapalnych i stosowanych w leczeniu zagrażającego życiu niskiego ciśnienia krwi.

## Jak uzależniliśmy się od Chin?

Sebastian Szymanek wyjaśnia, że producenci leków szukali poprawy swojej konkurencyjności i chcieli sprostać oczekiwaniom płatników, dlatego przenieśli produkcję API i gotowych leków do Chin. Trudno było też pogodzić europejskie normy ochrony środowiska ze skalą zanieczyszczeń powstających przy produkcji substancji czynnych. Taniej było wytwarzać je w Azji.

Badania przeprowadzone przez PwC we Francji wykazały, że każdy etap produkcji API opiera się na potencjalnie zanieczyszczającej technologii, która może pozostawić odpady chemiczne w powietrzu, wodzie lub glebie. Postępowanie z odpadami niebezpiecznymi pozostawionymi przez takie procesy i zapewnienie bezpieczeństwa to spory koszt dla firm.

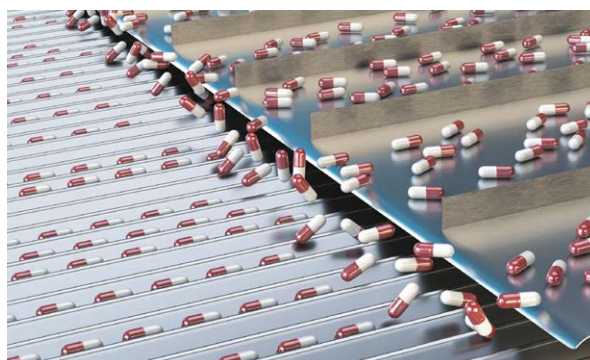
Więc w zasadzie to zachodnie firmy farmaceutyczne przyczyniły się do rozwoju chińskiego przemysłu farmaceutycznego nie tylko w obszarze API, ale i leków. Nikkei Asia cytuje Rosemary Gibson z Hastings Center, amerykańskiego Instytutu Badawczego: „Niektórzy przekazali Chinom specyfikacje do wytwarzania ich leków generycznych, w tym antybiotyków, a powodem, dla którego to zrobili, było uzyskanie w zamian dostępu do chińskiego rynku swoich markowych produktów”.

Chiński rząd doskonale zdaje sobie sprawę z wartości tej branży. Od 2000 r. wdraża przepisy, które zachęcają do rozwoju produkcji farmaceutycznej.

## Chińska determinacja

Kiedy Europa zastanawia się, jak relokować produkcję farmaceutyczną do siebie, Chiny modernizują swój przemysł lekowy, zwracając większą uwagę na kwestie środowiskowe.

Nikkei Asia przypomina, że w 2015 r. chiński rząd zaczął kłaść nacisk na kontrolę jakości i czystsze metody produkcji. Chiński plan działań na rzecz zapobiegania i kontroli zanieczyszczenia wody z 2015 r. określił produkcję API jako jedną z 10 kluczowych branż potrzebujących „czystej transformacji”. Na sektor ten wpłynęło również prawo ochrony środowiska nałożone w tym samym roku,



zapowiadane jako najostrzejsze do tej pory oraz podatek od ochrony środowiska nakładany na producentów substancji zanieczyszczających w 2016 r. W efekcie liczba producentów API i producentów leków spadła z 5065 w 2015 r. do 4176 w 2016 r. Nie zmalał jednak udział Chin w produkcji farmaceutycznej świata.

Chiny były też krytykowane za niespełnianie norm jakościowych API. Zanieczyszczenie heparyny powiązane z co najmniej 81 zgonami w USA w 2008 r. Dlatego wdrożony w 2015 r. system oceny sprawdza zgodność produktów generycznych z wersjami referencyjnymi. Producenci leków muszą przedstawić stosowne badania, aby wziąć udział w rządowych przetargach na leki.

Rząd Chin zachęca również do produkcji opatentowanych API. Jak podaje Nikkei Asia, obecny udział Chin w rynku opatentowanych API wynosi tylko 9%, podczas gdy Stanów Zjednoczonych 36%. Dodaje, że Chiny mają już zdolność do pracy z innowacyjnymi API.

## Chiński patent

Zdaniem Nikkei Asia, chińskie przepisy dotyczące własności intelektualnej pomagają tamtejszym firmom czerpać z pomysłów międzynarodowych rywali. Portal cytuje Roberta Atkinsona, założyciela i prezesa Information Technology and Innovation Foundation, amerykańskiego think tanku: chiński system patentowy jest „zaprojektowany, aby umożliwić chińskim firmom dostęp do informacji patentowych” od międzynarodowych korporacji. Tymczasem globalne firmy niechętnie podejmują działania odwetowe z obawy przed skompromitowaniem swojej obecności na ogromnym chińskim rynku.

Chińskie firmy farmaceutyczne spotykają się również z zarzutami niespełniania międzynarodowych standardów etycznych i jakościowych. Nikkei Asia powołuje się na badania Tomoyuki Shibusguchi z japońskiego Biura Badań Przemysłu, które wskazują, że tylko 15% wszystkich produktów pochodzących z Chin przeszło światowe badania kliniczne w Europie, Stanach Zjednoczonych i Japonii. Jednak część globalnych inwestorów bierze na cel

chińskie przedsięwzięcia. Nikkei Asia wskazuje na atrakcyjność stosunkowo tanich prac badawczo-rozwojowych w Chinach. Według ich szacunków, takie koszty wynoszą jedną dziesiątą kosztów w USA. Również koszty pracy w Chinach są znacznie niższe, wynagrodzenie inżyniera to tylko jedna piąta pensji w USA. Poza tym rekrutacja pacjentów do badań klinicznych jest znacznie łatwiejsza i tańsza po części dzięki ogromnej populacji Chin.

Czynnikami szybkiego rozwoju przemysłu farmaceutycznego w Chinach jest też powrót naukowców z zagranicy. W Chinach osoby takie nazywane są „żółwiami morskimi”, bo zwierzęta te, choć przemierzają oceany, ostatecznie wracają do swoich miejsc narodzin. Firmy biologiczne, w tym CanSino i Abogen, zostały założone właśnie przez „żółwie morskie”.

Chiński przemysł farmaceutyczny rozwija też dopływy gotówki. Jak podaje Nikkei Asia powołując się na firmę badawczą Pitchbook, inwestycje firm *private equity* i *venture capital* w chiński sektor farmaceutyczny osiągnęły rekordową wartość 2 mld dolarów w 2021 r. Założona w 2014 r. firma Zai Lab rozwija się dzięki zaawansowanym terapiom raka i chorób immunologicznych. Jest notowana na giełdach Nasdaq i w Hongkongu oraz przyciąga uwagę globalnych inwestorów.

Administracja Xi Jinpinga kładzie nacisk na rozwój leków biologicznych. Biofarmaceutyki to jedna z kluczowych branż wymienionych w rządowej strategii „Made in China 2025”.

Jednocześnie Chiny bezwzględnie chronią swój rynek farmaceutyczny przed konkurencją, a zagraniczni konkurenci są na łasce rządowych regulatorów. Pomaga to napędzać szybki wzrost krajowego sektora.

## Indyjskie próby samodzielności

Indie usilnie próbują uniezależnić się od dostaw chińskiego API. Zwłaszcza, że Chiny dzięki własnym tańszym surowcom, które mogą stanowić nawet dwie trzecie całkowitego kosztu produkcji leku, mogą zaoferować tańsze farmaceutyki. Według KPMG India, leki w Chinach można produkować taniej o 20% niż w Indiach. Nikkei Asia podaje przykład lamiwudyny, leku przeciwretrowirusowego na HIV, który kosztuje 120 dol. za kilogram, jeśli jest produkowany przez chińskiego producenta, w porównaniu z 137 dol., jeśli jest wytwarzany w Indiach.

A to dlatego, że cytozyna będąca surowcem dla produkcji substancji lamiwudyny jest importowana z Chin.

Chiny mają również ogromną przewagę w skali produkcji. W przypadku niektórych API chińskie firmy mają ponaddwukrotnie większą wydajność niż indyjskie. Według

## W jaki sposób świat może zdywersyfikować farmaceutyczny łańcuch dostaw i zapewnić, że leki nie staną się geopolityczną kartą przetargową?

KPMG India, średnia chińska zdolność produkcyjna antybiotyku amoksyliny wynosi 14 000 ton, a w Indiach jest to zaledwie 5000.

W marcu 2020 r. rząd Indii przedstawił plan zachęt do krajowej produkcji produktów farmaceutycznych, takich jak API i ich składniki, w tym program Production Linked Incentive (PLI) o wartości 69,4 mld rupii (900 mln dol.). Program PLI gwarantuje pieniądze wybranym producentom 53 ważnych API i półproduktów, w przypadku których Indie są silnie uzależnione od Chin.

Chiny bronią się, stosując dumping. Na przykład ceny substancji do produkcji atorwastatyny, których Indie są głównym eksporterem Chińczycy obniżyli o 30%, chcąc w ten sposób wyeliminować Hindusów z rynku.

## Czy Europa ma szansę na farmaceutyczną autonomię?

Jak zatem świat może zdywersyfikować farmaceutyczny łańcuch dostaw i zapewnić, że leki nie staną się geopolityczną kartą przetargową?

Zdaniem Nikkei Asia, zapowiadane we Francji ponowne otwarcie zamkniętej w 2008 r. fabryki paracetamolu to przykład posunięcia, które jest mniej znaczące niż się wydaje. Francuski rząd ogłosił w czerwcu 2020 r., że przywróci krajową produkcję API paracetamolu. Jednak cena opakowania tego leku zawierającego 8 tabletek sprzedawanego we francuskich aptekach wynosi 3 dol. Po relokacji produkcji musiałby być droższy, bo jego producenci zdecydują się na kupowanie europejskiej API, której koszt przewyższy import z Chin, jeśli zrównoważy im to cena leku. Czy jednak Europejczycy są w stanie zapłacić więcej za paracetamol z europejskiego API i czy systemy opieki zdrowotnej są gotowe ponieść wyższe koszty refundacji leków?

Cytowany przez Nikkei Asia Steffen Denzinger, prezes European Fine Chemicals Group (EFCG) wskazuje, że „przy zamówieniach publicznych trzeba będzie brać pod uwagę dodatkowe kryteria, takie jak bezpieczeństwo i gwarancja dostaw czy przestrzeganie minimalnych norm społecznych lub środowiskowych” i to musi znaleźć też swoje odzwierciedlenie w cenie produktu. ■



# XV Krakowskie Dni Dializoterapii

im. Profesora Olgierda Smoleńskiego

## 8-10 września 2022



**Krakowskie Dni Dializoterapii** mają już ponad 30-letnią tradycję. Ideą tej konferencji jest integrowanie wszystkich członków zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentami ze schorzeniami nerek. Jest ona realizowana jednocześnie na wielu płaszczyznach i wymaga stałej współpracy między przedstawicielami różnych zawodów medycznych.

**W dniach 8-10 września 2022 roku** kolejny raz liczne grono lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, dietetyków – uznanych ekspertów w swoich dziedzinach – będzie prezentować własne doświadczenia i dyskutować nad leczeniem, opieką i rehabilitacją pacjentów ze schorzeniami nefrologicznymi. Program konferencji podejmuje zagadnienia z jakimi spotykają się lekarze i pielęgniarki w codziennej praktyce klinicznej na oddziale nefrologii, stacji dializ czy w poradni. Podobnie jak w poprzednich latach uczestnicy konferencji będą dyskutować na temat opieki koordynowanej w nefrologii oraz roli cyfryzacji w medycynie. Oprócz sesji poświęconych leczeniu pacjentów, będą prezentowane tematy dotyczące wypalenia zawodowego pielęgniarek, lekarzy oraz możliwych działań prewencyjnych w tym zakresie.

Wierzmy, że wiedza zdobyta podczas konferencji przyczyni się do doskonalenia opieki nad pacjentami, a tym samym zwiększy satysfakcję lekarzy i pielęgniarek z wykonywanej pracy.

Serdecznie zapraszamy lekarzy ze specjalnością choroby wewnętrzne, nefrologia, diabetologia i transplantologia kliniczna oraz pielęgniarki, a zwłaszcza pielęgniarki nefrologiczne do stacjonarnego udziału w konferencji szkoleniowej organizowanej przez Fundację Amicus Renis pod patronatem naukowym Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Wydarzenie spełnia standardy etyczne INFARMY, Izby POLMED i MedTech Polska oraz warunki programu i kształcenia podyplomowego lekarzy. Uczestnicy za udział otrzymają imienny certyfikat oraz 17 punktów edukacyjnych.

Szczegółowe informacje i program na stronie  
[www.krakowskie-dni-dializoterapii.pl](http://www.krakowskie-dni-dializoterapii.pl)

Prezes Zarządu Fundacji Amicus Renis  
**dr inż. Anna Smoleńska**

Przewodnicząca Komitetu Naukowego  
**dr inż. Anna Smoleńska**  
**dr n. med. Ewa Benedyk-Lorens**



**KATARZYNA  
CICHOSZ**

Pielęgniarka

# MÓWIMY O BRAKU KADR

Z dr Elżbietą Słojewską-Poznańską,  
przewodniczącą Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze  
rozmawia Katarzyna Cichosz





**Katarzyna Cichosz:** Jak duży obszar obejmuje podległa Pani Izba Pielęgniarek i Położnych?

**Elżbieta Słojewska-Poznańska:** Działamy na terenie byłego województwa jeleniogórskiego. Mamy szpitale w miastach: Zgorzelec, Bolesławiec, Kowary, Karpacz, Lubań, Lwówek Śląski, Kamienna Góra, Bogatynia oraz największy, Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze.

**K.C.:** Z raportu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dotyczącego katastrofy kadrowej wynika, że właśnie na Dolnym Śląsku jest najwięcej pielęgniarek, które wkrótce przejdą na emeryturę. Jak to wygląda w Pani okręgu?

**E.S.P.:** W lutym mieliśmy zarejestrowanych 4016 pielęgniarek i 56 pielęgniarzy oraz 287 położnych. Jeśli chodzi o przedziały wiekowe, to faktycznie jest bardzo źle. W grupie 46–49 lat mamy 522 pielęgniarki; w grupie 50–59 lat – 1399 pielęgniarek, a w grupie 60–70 lat – 1408. Jak Pani widzi, to trzy czwarte członków okręgu.

**K.C.:** Co doprowadziło do tak dużego braku zastępowalności pokoleniowej?

**E.S.P.:** Myślę, że w ostatnich 15–18 latach zaczęła się rezygnacja z wykonywania zawodu pielęgniarki. Zarówno Samorząd Pielęgniarek i Położnych, jak i Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych sygnalizowały problem, ale było to traktowane po macoszemu. Przed 2004 rokiem w regionie jeleniogórskim mieliśmy więcej szkół przygotowujących do zawodu. Kiedy weszliśmy do Unii Europejskiej, została podpisana Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych, która umożliwiła polskim pielęgniarkom i położnym pracę w krajach zachodnich. Wiązało się to również ze zmianą kształcenia pielęgniarek i położnych. Zakończyły działalność szkoły medyczne na poziomie średnim i rozpoczęło się kształcenie na poziomie licencjatu. Studia, które obecnie są pierwszym etapem kształcenia i wejścia do systemu. W efekcie reformy na naszym terenie, byłego województwa jeleniogórskiego, została jedna szkoła kształcąca pielęgniarki – Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze.

**K.C.:** Ile osób w ostatnich latach ukończyło studia pierwszego stopnia na tej uczelni?

**E.S.P.:** Z danych, które przekazała rektor, dr n. med. Wioletta Palczewska, prof. KPSW, wynika, że w roku 2018 pierwszy stopień studiów ukończyło 38 osób, w roku 2019 – 22 osoby, w 2020 – 20 osób, a w 2021 – 24 osoby. Drugi stopień wygląda nieco inaczej, ale tam są osoby już pracujące w zawodzie. W 2018 roku nikt nie podjął

**Braki kadrowe dotyczą wielu placówek. Ważne jest, aby patrzeć perspektywnie i w miarę możliwości zatrudniać pielęgniarki**

kształcenia, w 2019 – był to bardzo dobry rok – 73 osoby, w 2020 – 37 osób, a w 2021 – 23 osoby. Na Dolnym Śląsku dodatkowym bonusem dla studentów z dobrymi wynikami są stypendia Marszałka Województwa.

**K.C.:** Czy samorząd pielęgniarek i położnych podejmował jakieś kroki, żeby zapobiec brakom kadrowym?

**E.S.P.:** Jeszcze przed wzrostem wynagrodzeń przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze, pielęgniarki oddziałowe oddziałów zabiegowych, bloku operacyjnego, intensywnej terapii, a więc oddziałów preferowanych przez ludzi młodych z uwagi na atrakcyjność, odwiedzali klasy maturalne i przedmaturalne, ukazując nasze zawody, ich piękno, etos, ale i trudy. W rozmowach w młodzieżę zawsze padało pytanie, jak wyglądają kwestie finansowe. Automatycznie stawiało nas to na gorszej pozycji. Pracując w innym zawodzie, można było otrzymać takie samo, jeśli nie lepsze wynagrodzenie przy mniejszym wysiłku włożonym w wykształcenie, mniejszej odpowiedzialności zawodowej, cywilnej, nie mówiąc już o pracy zmianowej, narażeniu na szereg czynników szkodliwych, w tym biologicznych. Braki kadrowe dotyczą wielu placówek. Ważne jest, aby patrzeć perspektywnie i w miarę możliwości zatrudniać pielęgniarki. Tak się dzieje w Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze. Szpital posiada około 900 łóżek. Dyrekcja szpitala wraz z Pielęgniarką Naczelną zatrudnia młode adeptki, które w tym szpitalu odbywały praktyki jako studentki i z tym miejscem wiążą swoją zawodową drogę. Największy problem z kadrą mają szpitale powiatowe. Gdyby pielęgniarki pracowały tylko na jednym etacie, to już dzisiaj w okręgu jeleniogórskim musielibyśmy zamknąć 25 procent oddziałów. Sądzę, że ten problem dotyczy całego kraju.

**K.C.:** Czy każdy, kto na Pani terenie kończy studia pielęgniarstwa, podejmuje pracę w zawodzie?

**E.S.P.:** Część osób nie ubiega się o prawo wykonywania zawodu, kończy zupełnie inny kierunek studiów i odchodzi. Z drugiej strony obserwujemy powroty osób, które przez lata nie funkcjonowały w zawodzie, mają one stwierdzone prawo, ale musiały je odnowić. Pandemia i ustawa covidowa umożliwiły im szybszy powrót do zawodu. Poprzednio po złożeniu dokumentów musiały odbyć wolontariat, którego długość była uzależniona od przerwy w zawodzie, po czym zdawały egzamin. Teraz jest inaczej. Ośrodki, które mają braki, głównie zajmujące się pacjentami z COVID-em, przyjmują osoby chcące odnowić prawo wykonywania zawodu, ale tutaj znowu zdecydował czynnik ekonomiczny. W miesiącu pojawiają się 2–3 takie osoby.

W ubiegłym roku w naszej Izbie stwierdzono 35 praw wykonywania zawodu, lecz w tym samym roku zmarło 31 pielęgniarek, a były one czynne zawodowo. Wydaliśmy pięć zaświadczeń o uznaniu kwalifikacji międzynarodowych dla pielęgniarek wyjeżdżających za granicę. Obecnie obserwujemy, że wracają nasze pielęgniarki z Włoch, Niemiec i chcą tutaj pracować, bo wynagrodzenia zrobili się porównywalne.

**K.C.:** Czy Niemki i Czeszki pracują w Pani okręgu?

**E.S.P.:** To nie jest taka prosta sprawa. Zarówno niemiecki, jak i czeski system kształcenia odbiega od naszego systemu. Aby uzyskać polskie prawo wykonywania zawodu, pielęgniarka lub położna musi spełniać określone warunki. Czasami jest to dość długa droga. Kwalifikacje danej pielęgniarki lub położnej są weryfikowane przez uczelnie wyższe i dopiero po pozytywnej weryfikacji wydawane jest prawo wykonywania zawodu. W zeszłym roku wydaliśmy dwa takie prawa dla obywaterek Ukrainy.

**K.C.:** W związku z inwazją wojsk rosyjskich na Ukrainę i dużą liczbą uchodźców w Polsce zmieniono przepisy, ułatwiając podjęcie pracy ukraińskim pielęgniarkom. Proszę powiedzieć, czy w Pani okręgu jest jakieś zainteresowanie zawodem? Jak rozwiązujecie kwestię porozumiewania się z personelem obcojęzycznym?

**E.S.P.:** Do naszej Izby nie zgłosiło się dużo osób z Ukrainy. Podstawą jest znajomość języka polskiego. Brak tej znajomości to bariera nie do pokonania. Wszystkie osoby, które się zgłaszają, są informowane o procedurze, na stronie internetowej istnieje zakładka dla pielęgniarek z Ukrainy. Na naszym terenie są szpitale, które zatrudniły pielęgniarki w charakterze opiekunek. Być może jest to droga do opanowania języka i weryfikacji umiejętności. Pielęgniarki polskie przed wyjazdem za granicę, np. do Norwegii, odbyły kursy językowe lub pracując jako opiekunki, kończyły kursy językowe i po zdaniu egzaminu zmieniały zatrudnienie. Obecna sytuacja jest wyjątkowa, to przymusowa emigracja wojenna. Niewątpliwie pomoc



mentora, osoby wprowadzającej, byłaby dobrym rozwiązaniem, ale podstawą jest znajomość języka w stopniu umożliwiającym podstawową komunikację. Część z tych osób, po zakończeniu wojny, będzie chciała wrócić do ojczyzny, pobył tutaj traktują jako coś przejściowego.

**K.C.:** Czy obecnie obserwuje Pani zwiększenie zainteresowania zawodem?

**E.S.P.:** Tak, pojawiło się ono wraz ze wzrostem wynagrodzeń. Jeszcze pięć lat temu na Radzie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zgłaszałam, że na naszym terenie nie ma położnych. Rejon jeleniogórski nigdy nie miał własnej placówki kształcącej położne, najbliższe były Wrocław i Świdnica. Taka sytuacja odbija się rykoszetem: nie ma placówki kształcącej, nie ma położnych. Poprosiłam koleżanki o pomoc i przyjechało do nas kilka położnych z Krakowa, ale po roku wyjechały, bo nie były w stanie się utrzymać. Mieszkając przy rodzicach, mogły łatwiej funkcjonować. Dziś wygląda to inaczej, bo wynagrodzenie zostało podwyższone, w związku z tym zainteresowanie młodych osób zawodem jest większe. Mówiąc o braku kadr, nie chciałabym negatywnego naboru. To są zawody wymagające pewnych predyspozycji, jeśli ktoś ich nie ma, to nie utrzyma się w zawodzie. Nie chcemy bylejakości.

**K.C.:** Jak siatki płac, które wejdą w życie od lipca tego roku, wpłyną na pracę pielęgniarek w Pani okręgu?

**E.S.P.:** Cieszę się ze zmian wynagrodzeń. Młoda osoba po licencjacie obecnie wchodzi do zawodu z podstawą 4185,65 zł brutto (licencjat/średnie wykształcenie ze specjalizacją). Najniżej uposażone są osoby, które skończyły szkoły medyczne i mają średnie wykształcenie; zarobią 3772,25. A magistrowie pielęgniarstwa ze specjalizacją otrzymają 5477,52 zł. To są minima, które personel musi dostać niezależnie od miejsca pracy. Rozporządzenie spowodowało, że w każdym szpitalu pielęgniarki, położne mają mieć takie samo wynagrodzenie. Obecnie, kiedy pielęgniarki i położne szukają pracy, zwracają uwagę na warunki pracy i panującą w placówce atmosferę.

Gdyby zapytała pani, czy siatki płac są sprawiedliwe, powiedziałabym, że nie do końca. Uważam, że wykształcenie to jedna strona medalu, ale związane z tym obowiązki i odpowiedzialność to druga. Koleżanki, które nie zrobiły licencjatorów czy specjalizacji, bardzo straciły, mimo że mają potężne doświadczenie zawodowe. Z różnych przyczyn nie zawsze mogły kontynuować kształcenie. To spowodowało rozdźwięk w środowisku. Jedna pielęgniarka ma wynagrodzenie wyższe od koleżanki, choć obydwie pracują w tych samych warunkach i wykonują dokładnie te same obowiązki. Z drugiej strony, patrząc perspektywnie, starsze pokolenie będzie stopniowo z systemu

odchodziło, a napłyną młode adeptki. Powinny godnie zarabiać, a jeśli dziś o to nie zadbamy, w przyszłości znajdą się w takiej samej sytuacji jak my teraz. Nie możemy patrzeć wstecz. Młodzież jest naszą przyszłością. To pokolenie powinno nas zastąpić.

**K.C.:** Rozdźwięk w środowisku jest bardzo duży, pielęgniarki z dwudziesto-, trzydziestoletnim stażem, wprowadzające do zawodu młode pielęgniarki, zarabiają nawet 1700 zł mniej od nich.

**E.S.P.:** Być może trzeba pomyśleć, jakie dodatkowe obowiązki powinna wykonywać pielęgniarka mająca wyższe wykształcenie i specjalizację w stosunku do koleżanek z doświadczeniem, ale bez studiów. Tylko proszę powiedzieć, jak to zrobić, kiedy jest tak mało pielęgniarek. To jest naprawdę ogromny problem.

Sama jestem absolwentką Liceum Medycznego w Kaliszu. Dwa lata pracowałam w szpitalu, potem rozpoczęłam studia w Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wtedy istniały dwie drogi dojścia do zawodu: albo liceum zawodowe, albo studium. Kiedy zaczynałyśmy pracę, też nas wprowadzały starsze koleżanki, tylko nie było tego rozdźwięku finansowego: starsze koleżanki zarabiały znacznie lepiej niż młode pielęgniarki wchodzące do systemu. Wszelkie przemiany społeczne czy pokoleniowe wiążą się z pewnymi kosztami i niewątpliwie to jest ten koszt. Gdyby nie zostały usankcjonowane teraz, co byłoby za lat dziesięć? Kto zechce pracować w zawodzie, wiedząc, że nie będzie wystarczająco dobrze wynagradzany? Patrząc na liczby, które podałam na początku rozmowy, widzimy, że jeśli nie wejdzie do systemu określona liczba pielęgniarek, to 25–30 procent oddziałów trzeba będzie zamknąć.

**K.C.:** Ile lat musi Pani czekać na nowe kadry?

**E.S.P.:** Ile potrzeba lat, żeby zastąpić tysiąc czterysta osób, które odejdą? Gdyby rocznie przychodziło sto osób, potrzebowałibyśmy minimum 13 lat. Czy rozwiązaniem jest zatrudnienie większej liczby opiekunów? W wielu miejscach już są zatrudnieni, na oddziałach opieki długoterminowej czy opieki paliatywnej. Istnieją jednak dziedziny, w których jest to niemożliwe, np. na intensywnej terapii czy na bloku operacyjnym – tam wymagane jest specjalistyczne podejście i wiedza.

Postęp w medycynie jest ogromny. Na przestrzeni 30 lat bardzo się zmienił sprzęt, mamy nowe leki, nowe technologie. To rzutuje na pielęgniarstwo, które bardzo się rozwinęło. Obecnie pielęgniarka jest samodzielnym zawodem planującym i decydującym o procesie pielęgnowania. Pielęgniarstwo w Polsce rozwija się w dobrym kierunku, oby tylko nie zabrakło osób chcących wykonywać ten piękny zawód. ■

# MEDYCYNĄ JEST MĘŻCZYZNĄ



**A** OLIWIA  
TARASEWICZ-GRYT

Dziennikarka specjalizująca się w tematyce ochrony zdrowia. Wykładowca akademicki w dziedzinie PR i badania wizerunku

**75 proc. młodych medyczek doświadcza dyskryminacji ze względu na płeć – wynika z raportu portalu Będąc Młodym Lekarzem i inicjatywy Polki w medycynie. Są w branży większością, ale to męska mniejszość obsadza większość kierowniczych stanowisk i nie ma interesu w podważaniu status quo. Zmiany są jednak niezbędne, by przyciągnąć, zatrzymać pracownice i zapewnić im rozwój.**

**W**ykształcenie specjalisty trwa w ochronie zdrowia latami, a doświadczenie jest kluczową wartością. Personel jest więc tak cenny, że pracodawcy powinni się starać go zatrzymać wszelkimi dostępnymi środkami. W branży medycznej, szczególnie w sektorze publicznym, trudno zagwarantować pracownikom takie benefity jak np. w korporacjach. Gdy szpital szuka specjalisty, oprócz pensji może zaoferować właściwie tylko możliwość rozwoju. O chęci pracy czy pozostania w danej organizacji decyduje jednak nie tylko wynagrodzenie. To także poczucie przynależności do zespołu, świadomość, że jest się dostrzeganym, cenionym i szanowanym. Do tego potrzebne jest równe traktowanie, niezależnie od płci, wieku, stanowiska, narodowości czy formy zatrudnienia. Tymczasem z opublikowanego niedawno raportu z badań, przeprowadzonych przez zespół portalu Będąc Młodym Lekarzem oraz organizację Polki w medycynie wynika, że 73,5% wszystkich medyczek doświadczyło dyskryminacji ze względu na płeć. Najgorzej wygląda to w specjalizacjach zabiegowych, gdzie nierówne traktowanie zgłosiło 85,4% osób – piszą autorki raportu, w którym udział wzięło 1279 kobiet oraz 55 mężczyzn. Procentowo najczęściej dyskryminacji doświadczały ratowniczk

medyczne (93,7%) i lekarki (82,6%). – Musimy powiedzieć otwarcie, że dbanie o pracowników, ich satysfakcję z pracy czy zdrowie psychiczne, chociażby zapobieganie wypaleniu zawodowemu, nie jest powszechne w systemie ochrony zdrowia – mówi lek. Hanna Kozłowska, redaktorka naczelna BML.

## „Ach, przesadzasz, to tylko żarcik”, czyli rzecz o mikroagresjach

Dyskryminacja to nierówne, nieuzasadnione i krzywdzące traktowanie osób ze względu na ich przynależność grupową. Zgodnie z Konstytucją RP i Kodeksem Pracy jest bezprawna. „Równouprawnienie płci stanowi podstawową wartość UE, prawo podstawowe i kluczową zasadę europejskiego filaru praw socjalnych. Jest odzwierciedleniem naszej tożsamości. Stanowi również nieodzowny warunek innowacyjności, konkurencyjności i dobrej kondycji europejskiej gospodarki” – możemy przeczytać w komunikacie Komisji Europejskiej.

Z jakimi przejawami dyskryminacji najczęściej spotykają się polskie medyczki? Ponad 70% mówi o wypowiedziach odwołujących się do krzywdzących stereotypów, żartach i komentarzach. Aż połowa często doświadcza uwag związanych z fizjologią. To tak zwane mikroagresje, czyli zachowania i codzienne komentarze, pytania, żarty, które sprawiają, że osoba, do której są adresowane, czuje się ignorowana, pomijana czy poniżana. To często nieświadomy sposób zwracania się, nacechowany wyższością, wynikającą z przynależności do grupy większościowej/dominującej. Ich autor często nie ma intencji obrażenia drugiej osoby. Mikroagresją jest kwestionowanie doświadczeń osób, które skarżą się na dyskryminację, np.: „Oj, przesadzasz, jesteś przewrażliwiona, nic wielkiego się nie stało”, „Nie obrażaj się, to tylko żarcik”. Mikroagresją są też niewłaściwe założenia dotyczące priorytetów zawodowych i rodzinnych lub ambicji zawodowych, np. założenie, że kobieta stworzy rodzinę i odsuwanie jej od awansu na tej podstawie.

## Kobiety w polskiej nauce i klinice są niewidoczne

Dyskryminacja to także utrudnianie rozwoju zawodowego i nierówny dostęp do konferencji, badań i szkoleń. – Z uwagi na „odgórny” system rekrutacji na rezydentury wydawać by się mogło, że dostęp do kształcenia w wybranej specjalizacji będzie niezależny od płci. Natomiast przy przeprowadzaniu raportu poznałyśmy wiele historii kobiet z dziedzin zabiegowych, które nie są dopuszczane do operacji w podobnym zakresie, co nasi koledzy, co –

jak wiadomo – stanowi podstawę szkolenia. Jedna z nich, mimo otrzymania miejsca rezydenckiego z chirurgii ogólnej, usłyszała wprost, że nie ma tu dla niej miejsca. Ale tak naprawdę, zniechęcanie kobiet do specjalizacji zabiegowych zaczyna się już na studiach – słyszymy, że się do tego nie nadajemy, że to nie dla kobiet, widzimy, że ich koledzy są chętniej brani do asyst podczas zajęć. Nietrudno sobie wyobrazić, że w takiej sytuacji mogą rzadziej decydować się na tę ścieżkę, mimo osobistych preferencji czy dyspozycji – mówi lek. Hanna Kozłowska, współautorka raportu.

– Inicjatywa Polki w medycynie wzięła się z osobistego doświadczenia trudności w znalezieniu mentora, który poprowadziłby mnie na początku ścieżki naukowej. Jeżdżąc na konferencje zauważyłam również, że kobiety w polskiej nauce i klinice są zupełnie niewidoczne, niedoceniane, są od „brudnej roboty”. Dopiero praca w innych krajach otworzyła mi oczy na to, jak może wyglądać medycyna i traktowanie kobiet – twierdzi lek. Małgorzata Osmola, inicjatorka Polek w medycynie. Znalazło to potwierdzenie w raporcie BML – jedna na pięć kobiet miała utrudniony awans lub objęcie stanowiska kierowniczego z uwagi na płć, a jedna na cztery doświadczyła utrudnionego dostępu do szkoleń, konferencji czy stypendiów. 21,3% respondentek przyznało, że otrzymywały niższe wynagrodzenie niż mężczyźni na tym samym stanowisku. Raport jest o tyle specyficzny, że odpowiedzi udzielały głównie młode pracownice. – Zarówno Będąc Młodym Lekarzem, jak i Polki w medycynie są śledzone głównie przez osoby w wieku 20–35 lat, a to właśnie na naszych profilach oparliśmy promocję ankiety. Tylko sto ankietowanych kobiet miało więcej niż 35 lat. Jest to istotne ograniczenie naszego badania, a rozszerzenie projektu o starsze grupy wiekowe jest jednym z pomysłów na jego kontynuację – wyjaśnia Aleksandra Gładys, współautorka raportu.



## Szklany sufit

Więcej kobiet na stanowiskach kierowniczych to większe prawdopodobieństwo lepszych wyników. Z analizy przeprowadzanej cyklicznie przez firmę doradztwa strategicznego McKinsey wynika, że w firmach o największej różnorodności płci w zespołach kierowniczych prawdopodobieństwo osiągnięcia ponadprzeciętnej rentowności rośnie o 25%. „Science” opublikowało w 2010 roku badania, wykazujące, że bardziej zróżnicowane grupy mają większy potencjał w znajdowaniu korzystnych rozwiązań a zespoły, w skład których wchodzi kobiety, są bardziej skuteczne.

W ochronie zdrowia nie ma problemu z reprezentacją kobiet, ale ze zbyt małą liczbą kobiet na stanowiskach kierowniczych. – W szpitalu, w którym pracuję, na 20 klinik tylko 2 są kierowane przez kobiety. Żadna uczelnia medyczna nie jest kierowana przez rektorkę. To mówi samo za siebie – mówi lek. Małgorzata Osmola. Dlatego im bliżej szczytu, tym bardziej dominuje męskie postrzeganie i związane z nimi uprzedzenia, co znajduje odzwierciedlenie w traktowaniu kobiet w organizacji. Zobrazujmy to przykładem – w pewnej dużej firmie produkcyjnej w sytuacji niedoboru kadr zdecydowano się przyjąć więcej kobiet. Udało się je ściągnąć do pracy, jednak okazało się, że w ich szatniach nie ma drzwi. Kobiety poprosiły, by roz-

wiązać ten problem i zapewnić im intymność, co zostało przez kierownika odebrane jako roszczeniowość. Zareagował zdziwieniem – czy jako kobiety (w domyśle genetycznie predysponowane do szycia) nie możecie sobie same uszyć i powiesić zasłonek? Po kilku miesiącach z kilkudziesięciu kobiet zostały trzy, najbardziej zdeterminowane. Ten problem można było rozwiązać inaczej – na przykład zatrudniając kobietę na stanowisku kierowniczym lub chociaż konsultując z menedżerkami wprowadzanie rozwiązań, czy po prostu pytając nowe pracownice o ich potrzeby. Menedżer czy dyrektor, ciężko pracujący i obciążony odpowiedzialnością może zwyczajnie nie zauważać potrzeb, których sam nie odczuwa, dlatego tak ważna jest różnorodność na stanowiskach menedżerskich i dobry, dwukierunkowy przepływ informacji.

## Czyja to wina, że kobiety nie awansują?

Niektórzy są zdania, że kobiety są same sobie winne, bo za mało walczą o siebie. Analiza dokumentacji personalnej firmy Hewlett Packard wykazała, że kobiety nie ubiegały się o awans, jeśli nie uważały, że spełniają 100 proc. kwalifikacji wymaganych na danym stanowisku. Natomiast mężczyźni składali podania, jeśli sądzili, że spełniają 60 proc. wymagań. Kobiety są też mniej skłonne do autopromocji – część z nich odbiera ją jako arogancję. – Myśla-

łam, że wszyscy dostają wszystko dzięki ciężkiej pracy, a potem zdałam sobie sprawę, że tak nie jest. Zobaczyłam, że mój szef buduje osobiste relacje. W miarę awansowania na wyższe stanowiska relacje osobiste stają się coraz ważniejsze – mówi dyrektorka generalna, uczestniczka badania „Women in workplace” prowadzonego przez McKinsey w 2020 roku.

Niska reprezentacja kobiet na kierowniczych stanowiskach to jednak głównie wina systemu, kultury i przekonań. Badania na temat barier i ograniczeń karier kobiet w biznesie oraz polityce dowodzą, że preferowanie mężczyzn przy obsadzaniu stanowisk decyzyjnych wynika z kojarzenia ich z dyspozycyjnością i cechami niezbędnymi w zarządzaniu. Duże znaczenie ma też męska solidarność, a więc poszukiwanie kandydatów przede wszystkim wśród „swoich”.





## Mężczyźni wolą „swoich”?

Kluczem do awansu jest zaufanie. Bduje się je dzięki umiejętnościom i właściwej postawie (opartej na uczciwości). Jest jednak jeszcze trzeci obszar, wpływający na podejmowanie decyzji opartych na zaufaniu, który możemy rozumieć jako „pokrewieństwo” lub podobieństwo. Naukowcy sugerują, że kobietom jest znacznie trudniej osiągnąć ten sam poziom zaufania w miejscach pracy zdominowanych przez mężczyzn. Wielu mężczyzn automatycznie obdarza przedstawicieli swojej płci zaufaniem i szacunkiem, zaś kobiety muszą na początku na to zapracować. – Sieci kontaktów wpływają na to, jakich ludzi zatrudniasz. Męskie sieci zazwyczaj koncentrują się na płci. Dla białych prezesów jest naturalne, że nie mają oni sieci kontaktów szerszych niż ich doświadczenie, więc nie dostrzegają kobiet i mniejszości – mówi jeden z liderów w dużej organizacji badanej przez firmę konsultingową Deloitte. O wiele łatwiej jest budować empatię z osobami podobnymi, a mężczyźni mają o wiele więcej wspólnych doświadczeń życiowych z mężczyznami.

Ten nieuchwytny czynnik „pokrewieństwa” wpływa na decyzje dotyczące zatrudniania i awansowania. Działa to oczywiście w obie strony – w pewnych sytuacjach/branżach wyklucza się. Ważne jest zrozumienie, że wszyscy kierujemy się nieświadomymi uprzedzeniami, które mogą decydować o tym, kto zostanie zatrudniony, wysłany na szkolenie, zaproszony do projektu lub awansowany. Aby tego uniknąć potrzebna jest świadomość tych uprzedzeń (uzyskana np. dzięki szkoleniom), a następnie ich eliminowanie poprzez ustalanie równych, merytorycznych, transparentnych kryteriów oceny i awansu.

## Inkluzja się opłaca

Celem zarządzania różnorodnością (*Diversity, Equity & Inclusion* – DEI) nie jest sztuczne poprawianie szans czy awanse wymuszone potrzebą zrealizowania narzuconych wskaźników i parytetów. Inkluzja to proces wzmacniania i umożliwiania rozwoju naturalnych i indywidualnych potrzeb pracowników, dbania o ich osobiste cele, które mogą być osiągnięte bez szkody dla innych i dla organizacji. To stopień, w jakim pracownik jest akceptowany i traktowany jako „swoj” przez innych uczestników organizacji. Różnorodność jest faktem, a dobre zarządzanie nią się po prostu opłaca. Zapobiega wypaleniu zawodowemu, pozwala zatrzymać najlepszych pracowników i przyciąga kolejnych.

Poza różnicą płci na uczelniach medycznych, w przychodniach i szpitalach spotykamy się z dużą różnorodnością kulturową. Spore znaczenie w hierarchicznych struktu-

rach ma też różnorodność wiekowa. Niedyskryminowanie żadnej z grup to zaledwie pierwszy krok w stronę inkluzji. Pójście dalszą drogą wymaga przekonania, że odmienne perspektywy i doświadczenia przyczyniają się do podejmowania lepszych decyzji i rozwoju całej organizacji. Nie jest to łatwe, ponieważ wymaga wysłuchania pracowników (czasem po raz pierwszy), poznania ich potrzeb, stworzenia procedur zgłaszania niepożądanych zachowań, transparentnych systemów oceniania pracowników i kryteriów awansu.

## Przełamać tradycje

Z raportu BML i Polek w medycynie wynika, że dyskryminacja kobiet ma ugruntowaną tradycję już na uczelniach, a kolejne szczeble kariery nie pozwalają się od niej uwolnić. Pierwszy krok w niwelowaniu dyskryminacji to nagłośnienie jej. Przyznanie, że istnieje i zaprzestanie bagatelizowania odczuć dyskryminowanych grup. Potrzebne są zasady monitorowania i zgłaszania przypadków dyskryminacji zarówno na uczelniach, jak i w miejscach pracy. To się już częściowo wprowadza.

Mówi się też o rozwiązaniach, które pozwolą uniknąć stereotypowo męskich kryteriów promocji, grantów i nagród oraz budować skuteczność przywództwa wśród lekarek, pielęgniarek i naukowczyń, np. poprzez programy mentoringu.

Zdaniem lek. Małgorzaty Osmoli nic tak nie walczy z dyskryminacją niż zmiana prawodawstwa. – W wielu europejskich towarzystwach naukowych na konferencjach wymaga się, aby stosunek kobiet do mężczyzn w panelu dyskusyjnym był równoważny, a to daje świetne rezultaty – pojawienie się „nowych twarzy” – kobiet, które aktywnie pracują naukowo, co daje nowe spojrzenie na temat, aktywizację młodych osób, w tym kobiet. W ostateczności parytety dają same pozytywy.

Aby uniknąć wpływu nieświadomych uprzedzeń, ważne jest ustalenie takich kryteriów oceny pracownika, które umożliwią gromadzenie obiektywnych, mierzalnych i adekwatnych danych, a uniemożliwią kierowanie się pozamerytorycznymi czynnikami. Dzięki temu postępy, jakie czynią zarówno kobiety, jak i mężczyźni będą postrzegane przez wszystkich jako oparte na zasługach.

Nie możemy zapominać, że samo zagwarantowanie równego traktowania i równych szans kobietom i mężczyznom wymaga stałej refleksji, szukania szans na pozyskanie informacji zwrotnej i oceny skuteczności wprowadzanych rozwiązań. Trzeba edukacji i podnoszenia świadomości, jak równość powinna wyglądać, jak realizuje się ją w innych krajach czy nawet w innych branżach. ■

# GRYPA W SEZONIE 2021/22 I CO DALEJ?

Rekordowa liczba Polaków, bo aż 9 proc. ogólnej populacji, zaszczepiło się przeciw grypie w sezonie 2021/2022. Ekspersi Ogólnopolskiego Programu Zwalczenia Grypy uważają, że zainteresowanie tą formą profilaktyki przeciwgrypowej będzie nadal rosło. Oczekują od rządu stabilnej sytuacji przez cały sezon szczepień. – Zmiany w odpłatności oraz istotne zmiany w systemie nie mogą być wdrażane w połowie sezonu, a nawet później. Nie powinny mieć miejsca również takie sytuacje, w których odbiera się pacjentom przyznane wcześniej świadczenia – podkreślają specjaliści.



**A EWA SZARKOWSKA**

Dziennikarka od wielu lat zajmująca się tematyką ochrony zdrowia

**N**ajliczniejszą grupą korzystającą ze szczepień w minionym sezonie grypowym byli seniorzy. Wyszczepialność w tej grupie wiekowej wyniosła blisko 23 proc. Zdaniem ekspertów OPZG wynika to zarówno z pełnego finansowania szczepień dla osób 75+, jak i 50-procentowej refundacji szczepionki dla osób 65+ oraz objęcia tej grupy programem bezpłatnych szczepień realizowanych z puli publicznej. Kolejną grupą osób najchętniej korzystających z możliwości szczepień byli dorośli (6,6 proc. vs. 3,6 proc. w sezonie 2020/2021). Ten istotny wzrost to efekt m.in. rozszerzenia refundacji szczepionek dla pacjentów, zapewnienia finansowania dla określonych grup zawodowych, m.in. pracowników ochrony zdrowia, domów opieki, nauczycieli, służb mundurowych oraz umożliwienia od listopada 2021 bezpłatnych szczepień przeciw grypie dla wszystkich osób powyżej 18. roku życia. Nie bez znaczenia było również to, że uprawnienia do wykonywania szczepień nabyły kolejne zawody medyczne, umożliwiono też – wzorem innych krajów UE – szczepienia przeciw grypie w aptekach. Dzięki rozpowszechnieniu donosowej szczepionki dla dzieci oraz refundacji szczepionek przeciw grypie dla wszystkich dzieci od 6. miesiąca do 18. roku życia zaobserwowano również wzrost zainteresowania szczepieniami dzieci. W sezonie 2021/2022 przeciw grypie zaszczepiono 2,4 proc. dzieci do lat 4 oraz 2,2 proc. – dzieci w wieku 5–14 lat.



## Szacunki na sezon 2022/2023

Eksperti skupieni w OPZG stoją na stanowisku, że dostępność i zainteresowanie Polaków szczepieniami przeciw grypie będzie nadal rosło. Wstępnie wskazywali na potrzebę dostarczenia na rynek polski w sezonie 2022/2023 ok. 4,1 mln dawek. Po kolejnej weryfikacji, w której uwzględniono to, że w minionym sezonie nierównomierny dostęp do szczepionek doprowadził na początku do dużych deficytów, a na końcu do dużych nadmiarów i konieczności utylizacji szczepionek, oszacowano rynek na 2,64 mln zużytych dawek, co przy 20-proc. wzroście i niezmiennych warunkach dostępności szczepionki, oznaczałoby zapotrzebowanie w kolejnym sezonie grypowym na 3,17 mln dawek. – Bezpośredni wpływ na szacunki miały takie czynniki, jak: bezpłatne szczepienia personelu medycznego, służb publicznych i edukacji, powszechniejsze wykorzystanie wszystkich wskazań refundacyjnych od początku sezonu szczepień oraz poszerzenie listy zawodów wykonujących szczepienia przeciw grypie sezonowej o pielęgniarki, farmaceutów i inne zawody medyczne, jak również wprowadzenie szczepień przeciw grypie do aptek – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Adam Antczak, kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.



Eksperti postulują objęcie szczepień przeciw grypie powszechnym systemem skierowań na szczepienia (alerty SMS, e-skierowania, e-rejestracja), ponieważ wówczas system

widzi wszystkich pacjentów i można bez przeszkód wykonywać je wszędzie, także w aptece. Za niezbędne uznają prowadzenie szerokiej akcji informacyjnej na temat refundacji szczepień we wszystkich grupach wiekowych oraz lokalizacji, gdzie można je wykonać. Opracowany przez nich konsensus zakłada także umożliwienie: preskrypcji szczepionek farmaceutom i pielęgniarkom, dokonywania zakupu szczepionek w hurtowniach farmaceutycznych prywatnym praktykom lekarskim i pielęgniarskim, jak również informowania przez apteki o usłudze szczepienia wykonywanej w ramach opieki farmaceutycznej. Niezbędne jest też udogodnienie realizacji szczepień personelu medycznego poprzez usprawnienie dostaw dawek do placówek, zwiększenie motywacji do wykonywania szczepień i podniesienia ich konkurencyjności do COVID-19 poprzez podniesienie ich wyceny, jak również wykorzystanie sieci laboratoriów diagnostycznych COVID-19 do diagnostyki i raportowania zachorowań na grype.

## Konsensus specjalistów

W celu uprawnienia realizacji szczepień przeciw grypie w nadchodzącym sezonie eksperci OPZG rekomendują wprowadzenie zmian systemowych wspierających dostępność do szczepień i wyszczepialność. Postulują wczesne kontraktowanie szczepionek, by uniknąć zakupów interwencyjnych oraz dopracowanie systemu dystrybucji dawek, będących w dyspozycji Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. – Niezbędne jest ustalenie realnego kalendarza dostaw, uwzględniającego zapotrzebowanie rynkowe i sezonowość szczepień. Polacy mają zwyczaj szczepić się w ciągu 2 pierwszych miesięcy sezonu grypowego, kiedy najczęściej brakuje szczepionek na rynku. W późniejszych miesiącach, kiedy już są one dostępne, zainteresowanie szczepieniami jest zdecydowanie słabsze – podkreśla dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, członek Rady Naukowej OPZG, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich

## Flu&COVID Meeting 2022

W związku z rosnącą liczbą wykrytych przypadków grypy podczas pandemii COVID-19, WHO zaleciła wszystkim krajom przygotowanie się na wspólne krążenie wirusa grypy i SARS-CoV-2 i wzmocnienie zintegrowanego nadzoru w celu jednoczesnego monitorowania grypy i SARS-CoV-2. Dlatego – jak podkreślił prof. Adam Antczak, otwierając Flu&COVID Meeting 2022, rok 2022 ma być poświęcony budowaniu spójnego planu zapobiegania grypie i COVID-19. – Mimo wielu pozytywnych zmian, w dalszym ciągu istnieje potrzeba wypracowania rozwiązań, które skrócą ścieżkę pacjenta do realizacji szczepienia i podniosą poziom wyszczepialności wśród społeczeństwa. Należy postawić na racjonalną alokację zasobów i wczesne uodpornienie osób kluczowych dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, państwa oraz najbardziej zagrożonych zachorowaniem, koncentrację zasobów w celu jednoczesnego zwiększania wyszczepialności przeciw obu chorobom oraz zwiększanie wydajności i lepsze wykorzystanie szczepionek – wskazał prof. Antczak.

W trakcie dyskusji eksperci OPZG wyrazili zaniepokojenie ostatnimi decyzjami Ministerstwa Zdrowia w zakresie organizacji szczepień przeciwko grypie w sezonie 2022/2023. Negatywnie ocenili zakończenie finansowania populacyjnych szczepień z budżetu państwa. Zaapelowali jednocześnie o dalsze finansowanie szczepień personelu medycznego na warunkach realizowanych już w sezonie 2020/2021, kiedy to NFZ refinansował placówkom medycznym szczepienia personelu realizowane preparatami uzyskanymi z rynku prywatnego. Za konieczne uznali również utrzymanie finansowania ze środków publicznych szczepień przeciw grypie w aptekach, aby mogły one szczepić pacjentów bezpłatnie, odciażając w ten sposób ZOZ-y. Postulat ten w pełni poparł samorząd aptekarski. – Nie powinno być sytuacji, w której apteka będzie zmuszona pobierać od pacjenta opłatę za usługę szczepienia, dostępną w przychodni za darmo – podkreślała Ewa Rutkowska-Piotrowska, prezes NRA.

### Zintegrowana walka z grypą i COVID-19

Podczas Flu&COVID Meeting 2022 zaprezentowano Skoordynowany plan dla grypy i COVID-19, w którym eksperci rekomendują m.in. wcześnie planowanie zapotrzebowania na szczepionki na kolejny sezon oraz organizacji wykonywania szczepień z uwzględnieniem potrzeb immunizacyjnych grup osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i opiekę zdrowotną oraz grup wysokiego ryzyka ciężkiego przebiegu obu chorób, a także czynników związanych z wojną w Ukrainie.

– Wielkie migracje ludzkie nieodłącznie są związane z ryzykiem epidemiologicznym i rozprzestrzenianiem się chorób takich jak grypa, COVID-19, a nawet polio. Można się spodzie-

wać, że podobnie jak to miało miejsce w przypadku konfliktu w Afganistanie, ogniska chorób zakaźnych odżyją również podczas konfliktu na Ukrainie, być może także w Polsce – podkreśla prof. Antczak.

Skoordynowany plan dla grypy i COVID-19 zakłada równoległe budowanie odporności przeciw obu chorobom. W tym celu niezbędne jest szerokie wykorzystanie powstałych rozwiązań i części infrastruktury systemu szczepień przeciw COVID-19 w kolejnych sezonach zachorowań również do szczepień przeciw grypie, jak również informowanie o tym, że szczepionki przeciw COVID-19 i grypie nie są alternatywne i mogą być stosowane łącznie. W sezonie 2021/2022 nie było to oczywiste dla wszystkich lekarzy i pacjentów, którzy wybierali odległe od siebie terminy wykonania obu szczepień. – Ważna jest również zmiana wyceny świadczenia wykonania szczepienia, która w przypadku COVID-19 wydaje się zbyt wysoka, a w przypadku grypy zbyt niska – uważają autorzy planu. Nie mają wątpliwości, że zsynchronizowane szczepienie przeciw COVID-19 i grypie to szansa na racjonalne zagospodarowanie szczepionek. – Zarówno z przyczyn zdrowotnych, jak i ekonomicznych, nie powinniśmy dopuszczać do marnowania szczepionek – przekonują specjaliści.



### Nowe podejście organizacyjne

Autorzy Skoordynowanego planu dla grypy i COVID-19 uważają, że należy również dążyć do maksymalnego skracania ścieżek pacjentów, czyli zmniejszania liczby działań, jakie pacjent musi zrealizować od podjęcia decyzji o zaszczepieniu do wykonania szczepienia. W tym celu proponują umożliwienie farmaceutom i pielęgniarkom wystawianie recept na szczepionki lub w ogóle odejście od wymogu recepty do szczepień wykonywanych w aptekach. Rekomendują też tworzenie nowych ścieżek immunizacji.

– Ścieżka szczepienia dzieci i młodzieży należy do najdłuższych w systemie ochrony zdrowia. Istotną szansę na jej skrócenie dają szczepienia dzieci w szkołach i przedszkolach. Kampanię szczepień może ułatwić użycie szczepionki donosowej. Warto rozważyć przeprowadzenie pilotażowych szczepień w szkołach w celu oceny zainteresowania i oceny organizacji szczepień w szkołach – podkreśla dr n. biol. i mgr farm. Marcin Balcerzak, współautor dokumentu. Skoordynowany plan zakłada również powszechniejsze oferowanie szczepień w ramach medycyny pracy. Szczepienia u lekarzy medycyny pracy są możliwe już dziś i istnieją dla nich odpowiednie przepisy prawne, jednak w codziennej praktyce lekarze tej specjalności wykonują je rzadko. ■



# Jubileuszowy 20 Kongres Medycyny Rodzinnej

„ZDROWIE, PACJENT, RODZINA”  
Toruń, 2-5 czerwca 2022 roku

## NOWOŚCI JUBILEUSZOWEGO 20 KONGRESU MEDYCYNY RODZINNEJ



### POSTĘPY W MEDYCYNIE RODZINNEJ 2022

czyli wszystko... CO LEKARZ RODZINNY WIEDZIEĆ POWINIEN

W trakcie trwania kongresu, podczas sesji wykładowych, przedstawione zostaną najnowsze osiągnięcia z zakresu: **onkologii, geriatrii, urologii, pediatrii, otorynolaryngologii** oraz **profilaktyki COVID-19**. Ponadto poruszone zostaną zagadnienia z dziedzin takich jak **kardiologia, choroby metaboliczne, pulmonologia, prawo**, a także **ekonomika zdrowia**.

### WARSZTATOWY CZWARTEK

kształtowanie umiejętności praktycznych czyli... NAUKA POPRZEZ PRAKTYKĘ

Zapraszamy do uczestnictwa w warsztatach tematycznych pozwalających nabyć wiedzę oraz udoskonalić i rozwinąć umiejętności praktyczne!

**NIE ZWLEKAJ I DOŁĄCZ DO NAS JUŻ DZIŚ!**

Szczegóły wraz z formularzem rejestracji dostępne są na stronie:



[www.rodzinni.edu.pl](http://www.rodzinni.edu.pl)  
[kontakt@rodzinni.edu.pl](mailto:kontakt@rodzinni.edu.pl)

# PRZECHODZONY ZAWAŁ I PEKNIĘTE SERCA

Jeszcze przed wybuchem pandemii koronawirusa w Polsce z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych umierało o 30 proc. więcej osób niż w krajach Europy Zachodniej. Wybuch pandemii w istotny sposób pogorszył sytuację chorych.

**A ANNA  
JAROSZ**

**S**tało się tak z wielu powodów. Przede wszystkim wiele oddziałów kardiologicznych zmieniono w oddziały covidowe. Zamknięto przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej i poradnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Leczenie opierało się na teleporadach. Ale nie można zapominać i o tym, że sami pacjenci zwlekali z wizytą w szpitalu w okresie pandemii, bo paraliżował ich strach przed zakażeniem SARS-CoV-2. Niezależnie jednak od przyczyny późnego zgłaszania się po pomoc obecnie coraz więcej jest pacjentów cierpiących z powodu powikłań po przebytych zawałach, którymi nie był leczony. Silny stres, który towarzyszy nam od ponad dwóch lat wygenerował kolejny poważny problem kardiologiczny – syndrom złamanego serca. Jaka jest skala tych zjawisk? – Już w 2020 roku kardiologowie na całym świecie zwrócili uwagę, że jest znacznie mniej interwencji w ostrych zespołach wieńcowych – mówi prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz, kardiolog, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Wydział Lekarski WUM. – W niektórych ośrodkach odnotowano 50–60% spadek interwencji. Można zapytać, co z tego wynika? No cóż, część pacjentów, którzy nie trafili do pracowni hemodynamicznych zmarła. Nagłe zgon sercowe (w pracy, we śnie) zdarzały się zawsze i stanowiły około 20 procent. W okresie pandemii prawdopodobnie było ich tyle samo co zwykle lub więcej, ale nie dysponujemy dokładnymi danymi. Wiadomo jednak, że nadmiarowych zgonów w 2020 roku było około 70 tys., głównie spowodowanych chorobami serca i naczyń, chorobami metabolicznymi i neurologicznymi. Wstępne dane GUS za rok 2021 mówią o ponad 200 tys. nadmiarowych zgonów, spowodowanych głównie chorobami kardiologicznymi. Pacjenci, którym udało się przeżyć zawał mimo tego, że nie zgłosili się po pomoc do szpitala, teraz trafiają do nas z poważnymi powikłaniami nieleczzonego zawału serca, który potocznie nazywany jest przechodzonym zawałem.

## Przechodzony, ale groźny

Przechodzony zawał jest bardzo groźnym stanem, bo prowadzi do poważnych dla zdrowia powikłań, np. nieodwracalnego uszkodzenia serca.

– Wszyscy wiemy, że w leczeniu zawału bardzo ważny jest czas – podkreśla profesor. – Im wcześniej zostanie wykryty i im szybciej zostanie wdrożone odpowiednie leczenie, tym większa szansa na powrót do zdrowia. Mimo tego, że zawał serca jest śmiertelnym zagrożeniem, wiele osób przeżywa ostry incydent wieńcowy. Ale gdy pacjent trafi do szpitala, nawet tylko po kilku godzinach od zawału, wielu rzeczy nie można już dla niego zrobić. Uszkodzenie serca jest bardziej rozległe, proces leczenia bardziej skomplikowany i kosztowny. U chorych po zawałach, którymi nie był leczony, często rozwija się niewydolność serca. Uszkodzenie po zawałach obejmuje dużą część lewej komory, co przyczynia się do upośledzenia funkcji serca, obniżenia frakcji wyrzutowej, a to odbija się na pracy całego organizmu. Serce nie pompuje prawidłowo krwi, co utrudnia dostarczanie tlenu i składników odżywczych do innych narządów. Pojawiają się obrzęki, duszność i to właśnie takie objawy przede wszystkim skłaniają pacjentów do wizyty u lekarza – mówi profesor. – I chociaż w ostatnim czasie pojawiły się nowe i doskonałe terapie farmakologiczne, nie wszystkim możemy pomóc w powrocie do zdrowia.

## Nie mylmy pojęć

Typowym objawem zawału serca jest ból w klatce piersiowej – gniotący, piekący, dławiący, trwający co najmniej 20 minut lub dłużej, często promieniujący do gardła, szyi i lewego ramienia. Zdarza się jednak, że pacjenci przechodzą tzw. niemy zawał serca. Zamiast bólu wieńcowego występuje u nich uczucie zmęczenia, osłabienie, duszność, bóle brzucha, gorsza tolerancja wysiłku. Trudno stwierdzić, jak dużo jest takich przypadków, ponieważ nie ma badań, które by to precyzowały. Nieme zawały często pojawiają się u chorych na cukrzycę, którzy cierpią na neuropatię. Warto dodać, że niemy zawał jest, z klinicznego punktu widzenia, czym innym niż przechodzony zawał, czyli zawał objawiający się bólem wieńcowym, ale nie leczony.



– O przebiegu niemego zawału pacjenci często dowiadują się przypadkowo, np. po wykonaniu EKG – wyjaśnia prof. Mamcarz. – Wystarczy zrobić EKG. W zapisie badania widoczna jest blizna, czyli np. patologiczne załamki Q lub inne zmiany. Kształt tych załamków i nieprawidłowości jest doskonale znany nie tylko kardiologom, lecz także lekarzom pierwszego kontaktu. Jeśli lekarz dokona takiego odkrycia, może wdrożyć odpowiednie postępowanie. Jest tylko jeden warunek – pacjent musi przyjść po poradę. Dlatego warto przypomnieć sobie, czy i kiedy mieliśmy jakieś „dziwne objawy” lub czy i od kiedy szybciej się męczymy, mamy kłopoty z oddychaniem i duszności. Warto o tym porozmawiać z lekarzem, bo mogą być to objawy uszkodzenia serca w przebiegu nierozpoznanego na czas zawału.

## Syndrom złamanego serca

Kardiomiopatia takotsubo, ostra kardiomiopatia stresowa, zespół takotsubo, zespół balotującego koniuszka to różne nazwy jednej przypadłości. Przed pandemią tę jednostkę chorobową rozpoznawano dość rzadko. Obecnie, na co zwracają uwagę kardiolodzy, zdarza się to o wiele częściej.

– Syndrom złamanego serca to zespół objawów spowodowany czasowym zaburzeniem czynności skurczowej lewej komory serca – tłumaczy profesor. – Co ważne, warunkiem postawienia takiego rozpoznania medycznego, jest brak zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych. Kardiomiopatia stresowa występuje głównie u kobiet po 60. roku życia. Według danych około 1–2 proc. diagnozowanych ostrych zespołów wieńcowych,

okazuje się w rzeczywistości zespołem balotującego koniuszka. Jak wskazuje nazwa schorzenie ma związek z silnym stresem. Każdy z nas inaczej reaguje na silny stres, ale czynniki takie, jak pandemia, trzęsienia ziemi, konflikty zbrojne, ale też śmierć bliskiej osoby, rozwód mogą się przyczyniać do wystąpienia zespołu takotsubo. Problem doskonale opisali Japończycy, którzy po jednym z trzęsień ziemi zgromadzili i przeanalizowali dane statystyczne dotyczące zawałów. Okazało się, że w oddziale kardiologii, gdzie rocznie odnotowywano 1–2 przypadki zespołu takotsubo, w ciągu czterech tygodni po trzęsieniu ziemi zarejestrowano ponad 20 przypadków schorzenia. Zespół takotsubo po raz pierwszy opisał Japończyk Hikaru Sato wraz ze współpracownikami w 1990 r. Nazwa takotsubo pochodzi od nazwy naczynia wykorzystywanego do poławiania ośmiornic. Naczynie ma charakterystyczny kształt – to dzban o okrągłym dnie i wąskiej szyjce, co w badania obrazowych przypomina tę postać kardiomiopatii.

– Nie do końca wyjaśnione są przyczyny schorzenia – mówi prof. Mamcarz. – U chorego pojawia się ból w klatce piersiowej lub duszność. Może pojawić się kołatanie serca, nudności i wymioty oraz omdlenia. Takich objawów nie należy lekceważyć, przede wszystkim dlatego, że najgroźniejszym objawem kardiomiopatii stresowej jest nagłe zatrzymanie krążenia. Gdy pacjent trafi do szpitala wykonanie EKG i badania krwi mogą wskazywać na wystąpienie zawału, ale u pacjenta nie stwierdza się miażdżycy, która jest główną przyczyną klasycznego zawału. Kardiolodzy potrafią różnicować zawał serca na tle miażdżycowym i zespół takotsubo, dzięki czemu szybko mogą wdrożyć odpowiednie leczenie.

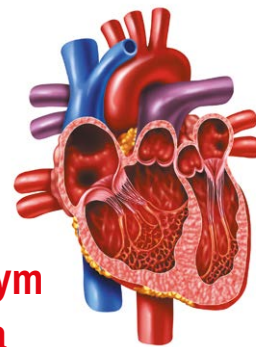
Rokowania dla pacjenta z syndromem złamanego serca są dobre. Najczęściej zaburzenia kurczliwości serca ustępują w ciągu 4–6 tygodni i chory wraca do sił.

– W przypadku zawału na tle miażdżycowym podstawowym elementem leczenia jest poszerzenie naczynia, czyli wstawienie stentów – wyjaśnia profesor. – Gdy mamy do czynienia z syndromem złamanego serca nie ma przyczynowego leczenia. Zwykle skupiamy się na leczeniu objawowym. Chorem podaje się batablokery, które zmniejszają aktywność współczulną. Można też odciążyć serce inhibitorami konwertazy. Jeśli pacjent ma podwyższony poziom cholesterolu, obniżamy go. Gdy występują zaburzenia rytmu, to je także leczymy. W zespole złamanego serca po 2–4 tygodniach funkcje lewej komory serca wracają do normy. Warto dodać, że mogą się zdarzyć nawroty choroby. Niektórzy wyliczają, że dotyczy to 2–3 proc. pacjentów. Trudno oszacować, czy to dużo, czy mało. Z medycznego punktu widzenia to niewiele, ale dla osób, które dotknęła choroba – dużo.

## Pilna potrzeba zmian

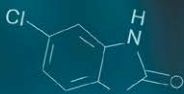
Przechodzone zawały i częściej występujący zespół takotsubo można tłumaczyć na wiele sposobów. Wiele można przypisać pandemii i wojnie toczącej się za naszą wschodnią granicą. Ale czy wszystko? Z najnowszego raportu „Health at a Glance” opublikowanego na początku listopada 2021 r. wynika, że wśród krajów OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju skupiająca 38 państw) Polska zajmuje drugie miejsce po Meksyku pod względem liczby nadmiarowych zgonów w przeliczeniu na milion mieszkańców. Raport Ministerstwa Zdrowia informuje o tym, że w 2021 roku największy udział nadmiarowych zgonów dotyczył osób z chorobami kardiologicznymi (17 proc.) oraz chorych na cukrzycę (16 proc.). Eksperti oceniali, że obecnie chorzy kardiologiczni to populacja, która w największym stopniu wpływa na wzrost długu zdrowotnego w czasie pandemii. Pandemia nadal trwa i zniesienie wszelkich obostrzeń nie poprawiło sytuacji osób przewlekle chorych. Jak podaje portal światprzychodni.pl, na dzień 31.03.2022 w Polsce jest 1181 placówek udzielających na NFZ świadczeń kardiologicznych. Średni czas oczekiwania na wizytę to 190 dni. W województwie z najkrótszym czasem oczekiwania średnio czeka się 98 dni, a w rejonie z najdłuższymi kolejkami jest to 441 dni. Dla przykładu w województwie mazowieckim to 204 dni, w dolnośląskim 233, w kujawsko-pomorskim 241, w opolskim 441, a w zachodniopomorskim 272 dni. A więc to nie tylko niechęć pacjentów do odwiedzania lekarza jest przyczyną słabej kondycji kardiologicznej naszego społeczeństwa. Chorzy mają utrudniony dostęp do specjalistów i problemu tego nie rozwiążą ani teleporady, ani e-recepty.

## Obecnie chorzy kardiologiczni to populacja, która w największym stopniu wpływa na wzrost długu zdrowotnego w czasie pandemii



– Według mnie spleta długu zdrowotnego będzie zależała od sprawności systemu opieki medycznej – mówi prof. Artur Mamczarz. – Niektórych długów nie da się spłacić, bo ludzi wobec których został zaciągnięty, już nie ma wśród nas. Dotyczy to – przypomnę – 200 tys. osób. Dług mamy wobec ludzi, którzy mieli zawał, nie otrzymali na czas pomocy, ale przeżyli. Tylko tyle, że teraz zmagają się z niewydolnością serca. Są osoby, które przeszły udar, są niepełnosprawni i wymagają całodobowej opieki. Z powodu opóźnień w diagnostyce niebawem dowiemy się, o ile wzrosła liczba chorych na nowotwory. Rośnie liczba amputacji z powodu stopy cukrzycowej. Wiele z tych problemów powinno nas zawstydząć. Gdy zaś chodzi o dług, to minie wiele czasu, zanim go spłacimy, bo oferta opieki medycznej dla pacjentów jest bardzo niepełna. Trzeba mieć też na uwadze, że pod opiekę polskiego systemu trafiło ponad dwa miliony osób z za wschodniej granicy. Będą wymagali diagnostyki, czasem kosztownego leczenia. Nie jesteśmy na to przygotowani. Nie jestem specjalistą od rozwiązań systemowych, ale uważam, że to najwyższy czas, aby specjaliści z tej dziedziny poważnie pochylili się nad problemami i chociaż w przybliżeniu przewidzieli, co nas czeka. Podobno nie ma pandemii, a w moim oddziale jest 26 chorych na COVID-19. A dziś na dyżurze przyjęliśmy do szpitala dwóch obywateli z Ukrainy, którzy nie mówią w żadnym języku poza swoim ojczystym. To rodzi kolejne problemy, których rozwiązanie nie może spoczywać na barkach lekarzy i polskich pacjentów. ■





**A** HALINA  
PILONIS

# NZJ: PERSONALIZACJA KLUCZEM DO SKUTECZNEGO LECZENIA

Współczesny pacjent z roku na rok jest coraz bardziej wyedukowany i coraz częściej aktywnie uczestniczy w procesie leczenia, stając się partnerem dla lekarza.

Upodmiotowienie pacjenta w systemie ochrony zdrowia daje większe możliwości w kontekście personalizacji leczenia oraz troski o jakość życia w chorobie.

**W**spółczesny pacjent z roku na rok jest coraz bardziej wyedukowany i coraz częściej aktywnie uczestniczy w procesie leczenia, stając się partnerem dla lekarza. Upodmiotowienie pacjenta w systemie ochrony zdrowia daje większe możliwości w kontekście personalizacji leczenia oraz troski o jakość życia w chorobie.

Indywidualne potrzeby determinowane są przez szereg czynników – obok ściśle medycznych, takich jak np. określony podtyp schorzenia (wcześniej uważanego za jednolitą jednostkę chorobową), są to także potrzeby określone przez role zawodowe i życiowe, jakie pełni pacjent. Wszechstronna personalizacja leczenia nie jest więc możliwa bez pełnego upodmiotowienia pacjenta w procesie terapeutycznym. W centrum idei *patient empowerment*, obok prawa do współdecydowania o terapii, mieści się także przekonanie, że jakość życia chorego jest co najmniej tak samo ważna, jak sukces kliniczny procesu terapeutycznego.

Przedstawiciele pacjentów z krajów UE podkreślają, że poza dostępem do nowoczesnego leczenia w chorobach przewlekłych, niezmiernie istotna jest opieka koordynowana wielu specjalistów, psychologów, dietetyków, wyspecjalizowanych pielęgniarek. Kluczowym elementem wpływającym na efekty leczenia jest także standaryzacja świadczeń i kontrola ich jakości.

## Personalizacja leczenia we Włoszech

Salvatore Leone, prezes Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Choroby Leśniowskiego-Crohna i Wrzodziejące Zapalenie Jelit (EFCCA) – organizacji reprezentującej 45 krajowych stowarzyszeń pacjentów z tymi chorobami – podkreśla, że personalizacja to leczenie najbardziej optymalne dla pacjenta, ale także przez niego akceptowane, również w aspekcie jakości jego życia. We Włoszech poświęca się personalizacji coraz więcej uwagi.

– Powinniśmy dzielić pacjentów na subpopulacje, aby móc precyzyjnie

odpowiedzieć na potrzeby chorych. Dodał też, że zaangażowanie pacjenta w proces leczenia poprawia jego efekty. Opowiadał o badaniu prowadzonym w Mediolanie, w trakcie którego lekarze i chorzy wskazywali, co jest dla nich najważniejsze w terapii. Okazało się, że to, co było najistotniejsze dla lekarzy znalazło się na siódmym miejscu wśród priorytetów pacjentów. – Dlatego współpraca i zaangażowanie chorego w proces leczenia jest tak ważne. Badanie pokazało też, że jeśli lekarz bardziej angażował pacjenta w proces leczenia, pozwalało to nawet obniżyć koszty pośrednie choroby o 20% – mówi Salvatore Leone.

## Opieka koordynowana w Irlandii

Ciara Drohan, wiceprezes EFCCA z Irlandii opowiadała o personalizacji leczenia chorób zapalnych jelit w jej kraju. – W ciągu ostatnich lat zyskał dostęp zarówno do kompleksowej, jak i spersonalizowanej opieki. Możemy korzystać z porad dietetyków i psychologów. Ciara



Drohan podkreśla, że niezmiernie ważny jest też dostęp do wyspecjalizowanych w chorobach zapalnych jelit pielęgniarek. – One są dla nas buforem bezpieczeństwa – zaznacza.

### Cyfryzacja w służbie holenderskiego pacjenta

Przedstawiciel organizacji pacjentek z Holandii Menne Scherpenzeel zwraca uwagę, że w jego kraju personalizacja leczenia również nabiera coraz większego znaczenia, a szerokie wykorzystanie narzędzi związanych z e-zdrowiem pozwala na sprawne zbieranie informacji i udostępnianie ich w razie potrzeby osobom upoważnionym. W ramach e-zdrowia możliwa jest też edukacja chorych. Oczywiście, pacjenci starsi, którzy mają trudności w korzystaniu z tych narzędzi, mają wybór i mogą wykorzystywać tradycyjne formy kontaktu. Menne Scherpenzeel zwraca też uwagę na ogromną rolę pielęgniarek wyspecjalizowanych w chorobach zapalnych jelit, które mają znacznie więcej czasu niż lekarze i mogą po więcej poświęcić choremu.

### Ocena jakości leczenia w Wielkiej Brytanii

– Opieka spersonalizowana, holistyczne podejście do pacjenta uwzględniające jego potrzeby i cele życiowe. To wiąże się też z opieką psychologa i dietetyka – podkreśla Sarah Sleet, przedstawicielka pacjentów z chorobami zapalnymi jelit z Wielkiej Brytanii.

Dobrym doświadczeniem brytyjskim jest opracowanie standardów opieki nad pacjentami z chorobami zapalnymi jelit i kontrola jej jakości. – Pracowaliśmy ze wszystkimi specjalistami, aby wprowadzić standardy opieki i przeprowadzaliśmy ocenę ich realizacji, której dokonywali nie tylko klinicyści, ale i pacjenci. Na podstawie tej oceny staramy się poprawiać jakość świadczeń. Świadczeniodaw-

cy mogą porównać swoje wyniki z innymi i wdrażać potrzebne zmiany. Jest to program ogólnokrajowy. Taką ocenę chcemy zrobić co dwa lata – informuje Sarah Sleet.

### Relacja pacjent–lekarz w Czechach

– Każdy pacjent jest inny, dlatego leczenie spersonalizowane to przyszłość medycyny. Jest już mocno obecne w chorobach nowotworowych, ale powinno też być stosowane w chorobach zapalnych jelit – mówi Karel Dušek z Czech, którego organizacja pacjentka organizuje kursy dotyczące pracy psychologicznej z chorymi, uwzględniając również wpływ chorób zapalnych jelit na rodzinę pacjenta.

### Compliance w Austrii i koordynowana opieka w Niemczech

Evelyn Gross, przedstawicielka pacjentów z Austrii podkreśla wagę relacji pacjenta z lekarzem. Jej dobra jakość pozwala lekarzowi zakładać, że pacjent będzie przestrzegał zaleceń.

– W czasie pandemii dokonaliśmy znaczącego przyspieszenia w zakresie wykorzystania e-zdrowia. To umożliwiło stworzenie wygodniej-

szego systemu komunikacji i mam nadzieję, że ta zdobycz pozostanie już z nami – powiedziała.

Dr Cornelia Sander z Niemiec opowiadała też, że dzięki działaniom organizacji pacjentek udało się wdrożyć specjalne programy terapeutyczne, w ramach których gastroenterolog i chirurg muszą się komunikować, aby w ciężkich przypadkach wspólnie ustalać ścieżkę terapeutyczną pacjenta.

Personalizacja leczenia jest także celem polskich pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit. W Polsce na choroby zapalne jelit cierpi 100 tys. osób, z czego 75 tys. na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, a 25 tys. na chorobę Leśniowskiego-Crohna. Wprowadzenie opieki personalizowanej przyczyniłoby się do poprawy jakości życia pacjenta poprzez możliwość doboru rodzaju terapii pod indywidualne potrzeby chorego. ■

Materiał powstał w ramach współpracy z firmą Takeda.

Materiał przeznaczony dla mediów, pacjentów i szerokiej publiczności.

Nr materiału: C-ANPROM/PL/ENTY/0369, kwiecień 2022.





POROZUMIENIE  
NA RZECZ  
DOBRYCH PRAKTYK  
W SZCZEPIENIACH

# BEZPŁATNE SZCZEPIENIA PRZECIW HPV – OSTATNIA SZANSA NA REALIZACJĘ?

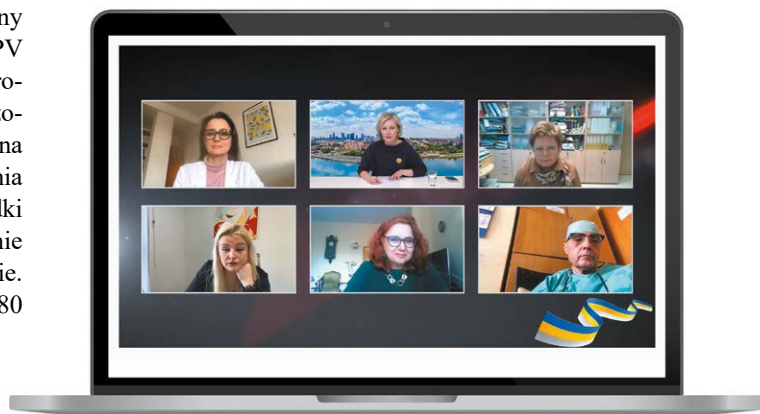
**4 marca miał miejsce Międzynarodowy Dzień Świadomości HPV. Marzec to dobry moment na dyskusję nt. skutecznej profilaktyki w obszarze chorób HPV-zależnych. Debata Porozumienia na Rzecz Dobrych Praktyk w Szczepieniach dotyczyła wdrożenia długo wyczekiwanego bezpłatnego i powszechnego programu szczepień ochronnych przeciw HPV oraz polityki europejskiej w zakresie profilaktyki i edukacji w tym obszarze.**

W debacie wzięli udział: prof. Teresa Jackowska, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii, prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, dr hab. n. med. Ewa Kalinka, kierownik Kliniki Onkologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Malgorzata Bogusz, członek Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Aleksandra Rudnicka, rzecznik prasowa Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS.

Zdaniem prof. Mariusza Bidzińskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej. Narodowa Strategia Onkologiczna to dokument zaakceptowany w 2021 r., który podkreśla wagę szczepień przeciw HPV oraz daje gwarancje, że system szczepień zostanie wprowadzony w życie. Fundusz Medyczny został przeznaczony do działań w zakresie ochrony zdrowia, z czego na zdrowie publiczne przyznano 2 mld złotych. Działania w zakresie HPV to jeden z priorytetów Funduszu. Środki finansowe przeznaczone do dysponowania na szczepienie zarówno dziewczynek, jak i chłopców są bardzo wysokie. – Na jeden rocznik dziewczynek kwota ta wynosi ok. 80 mln złotych – dodaje prof. Mariusz Bidziński.

Europejski plan walki z rakiem jest jednym z podstawowych filarów Europejskiej Unii Zdrowotnej, zapowiedzianej przez przewodniczącą Ursulę von der Leyen. Przy okazji obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem Ursula van der Leyen ogłosiła, jakie główne zadania stoją przed KE: – Musimy postawić na profilaktykę oraz stawiamy sobie za cel zaszczepienie 90% dziewcząt w UE do 2030 r. przeciwko HPV oraz znacznie zwiększonymi szczepienia chłopców.

Eksperti są zgodni co do tego, że szczepienia nie powinny obciążać domowego budżetu. Powszechny i bezpłatny dostęp do szczepionek zwiększy chęć zaszczepienia. Komitet Ekonomiczno-Społeczny postawił sobie zwalczanie nierówności w zakresie nieproporcjonalnego dostępu do szczepień przeciwko HPV, zarówno w aspekcie geograficznym, jak i społecznym – potwierdza Malgorzata Bogusz, członek Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego. Polska obecnie jest na ostatnim miejscu w Europie pod kątem wprowadzania szczepień przeciw HPV. Mimo wielu zapewnień, nadal nie możemy doczekać się powszechnego programu szczepień przeciw HPV. Wizją UE jest wprowadzenie obowiązkowych szczepień przeciw HPV we wszystkich krajach członkowskich – zapewnia Malgorzata Bogusz.



Porozumienie na Rzecz Dobrych Praktyk w Szczepieniach powstało w 2017 roku z inicjatywy Instytutu Ochrony Zdrowia, jako platforma ekspertów medycznych, klinicystów, osób związanych ze światem nauki oraz przedstawicieli organizacji pacjentów. Celem Porozumienia jest kształtowanie merytorycznej dyskusji nt. szczepień ochronnych oraz dotarcie do opinii społecznej, rodziców i osób odpowiedzialnych za tworzenie systemu ochrony zdrowia w Polsce z przekazem opartym na faktach naukowych.

Na chwilę obecną została zrefundowana jedna szczepionka z częściową dopłatą pacjenta, nie ruszył jednak jeszcze narodowy program całkowicie bezpłatnych szczepień zapowiadany przez Ministerstwo Zdrowia. Jeśli szczepienie przeciw HPV będzie ujęte w programie szczepień ochronnych to wyszczepialność będzie bardzo wysoka – zaznacza prof. Teresa Jackowska, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii.

Należy pamiętać, że HPV powoduje nie tylko raka szyjki macicy. Choroby HPV-zależne to ogromny panel chorób, m.in. rak odbytu, prąca oraz z regionu głowy i szyi, czyli rak gardła, krtani lub przełyku – dodała dr hab. n. med. Ewa Kalinka, kierownik Kliniki Onkologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Przy wyborze odpowiedniej szczepionki należy kierować się danymi epidemiologicznymi. Skuteczne szczepienie to wybór szczepionki z najszerszym zakresem ochrony.

Kluczowa jest również edukacja na temat HPV. Zgodnie z założeniami ww. uchwały o NSO w 2021 roku miały rozpocząć się programy edukacyjne i kampanie społeczne na temat korzyści zdrowotnych wynikających ze szczepienia przeciwko HPV. Porozumienie na Rzecz Dobrych

Praktyk realizuje ww. działania. Zdaniem Aleksandry Rudnickiej, rzeczniczki prasowej Stowarzyszenia na Rzecz Walki z Chorobami Nowotworowymi SANITAS, edukacja w obszarze HPV powinna mieć charakter czteromodułowy. Powinna to być szeroka edukacja ogólnopolska kierowana do całego społeczeństwa, do lekarzy oraz całych zespołów POZ, rodziców, a także do beneficjentów tego programu, tj. nastoletnich dziewczynek oraz chłopców. Profilaktyka chorób onkologicznych w Polsce nie jest na wysokim poziomie. Choroby stref intymnych, choroby ginekologiczne, onkologiczne nadal należą do tematów tabu. Nie mamy umiejętności zachęcania do szczepień ochronnych – dodaje Aleksandra Rudnicka. Wiedzę nt. chorób stref intymnych należy przedstawić w umiejętny sposób, wykorzystując wszystkie możliwości komunikacji, w tym media społecznościowe. ■

znajdź nas

Twitter: <https://twitter.com/praktykw>LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/42426882><https://szczepienia-ioz.pl/>

Partnerzy Porozumienia:



# CZY OCHRONA ZDROWIA POTRZEBUJE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO?

**A** KATARZYNA WOLSKA

Kondycja funkcjonowania opieki zdrowotnej jest widoczna jak w soczewce w systemie ratownictwa medycznego. Ostatnie lata pokazują, że sytuacja wciąż ulega dynamicznym zmianom. Zarówno pandemia COVID-19, jak i obecnie trwająca wojna w Ukrainie są impulsem do rozmów.

Gościem SZ jest Mariusz Gierus, dyrektor Pogotowia Ratunkowego w Jeleniej Górze, z którym rozmawiamy o ratownictwie medycznym, o problemach tego obszaru w systemie ochrony zdrowia oraz o tematach I Europejskiego Forum Ratownictwa Medycznego w Szklarskiej Porębie.



**Katarzyna Wolska:** Czy ochrona zdrowia potrzebuje ratownictwa medycznego?

**Mariusz Gierus:** Zdecydowanie tak. Takie pytanie zadajemy sobie ostatnio jako zarządzający jednostkami systemu państwowego ratownictwa medycznego. Ale myślę, że to pytanie zadaje sobie również społeczeństwo, które w ostatnim czasie szczególnie potrzebowało ambulansów czy ratowników medycznych państwowego systemu medycznego w sytuacjach, które były zaostrzone stanem epidemii COVID-19. Spotęgowało to działania zarówno na szczeblu zarządczym państwowego systemu ratownictwa medycznego, ale również było impulsem do tego, że społeczeństwo zaczęło oceniać państwowe ratownictwo jako pierwsze do walki z COVID-19.

**K.W.:** Jakie są najpilniejsze problemy, z czym mierzy się obecnie ratownictwo medyczne?

**M.G.:** Myślę, że ratownictwo medyczne w tej chwili potrzebuje koncentracji. Chodzi o pomysł na to, jakie ono ma pełnić miejsce w całym systemie ochrony zdrowia. Z drugiej strony, jest to na tyle wdzięczny, w mojej opinii, kawałek systemu ochrony zdrowia, że jest on na styku zrozumienia czy akceptacji społecznej. Przeciętny obywatel nie rozumie systemu ochrony zdrowia, jego skomplikowanych procedur. I spotyka się z nim zwykle w dramatycznych okolicznościach, które wymagają szczególnej empatii, w sytuacjach utraty zdrowia. Wtedy okazuje się, że ten system jest bardzo skomplikowany i niezrozumiały, nie tylko dla samych pacjentów oraz bliskich, ale też



dla tych, którzy mają wpływ bezpośrednio na decyzje zapadające w systemie ochrony zdrowia. Uważam, że ratownictwo medyczne jest nie tylko pierwsze na linii walki z COVID-19, ale również na poziomie akceptacji społecznej. Myślę, że człowiekowi spotkanemu na ulicy łatwiej będzie zrozumieć, jak działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego poprzez chociażby naukę pierwszej pomocy i angażowania społeczeństwa do świadomego i skutecznego powiadamiania karettek pogotowia, aby wiedzieć, kiedy wezwać karetkę, jak reagować zanim ona przyjedzie, niż to z jakimi problemami boryka się np. polska kardiologia.

**K.W.:** 18 maja rozpocznie się pierwsza edycja Europejskiego Forum Ratownictwa Medycznego w Szklarskiej Porębie. Skąd pomysł na taką konferencję?

**M.G.:** Dla mnie system ochrony zdrowia jest tak wielowymiarowy, trudny dla przeciętnego człowieka, że można by było o nim mówić bez końca, w zależności od tego, w którą stronę spojrzymy, czy na finansowanie, bieżące problemy, niedobór kadr czy szybko pojawiające się nowe technologie. Dziś, chcąc nad tym zapanować, musimy uzupełnić brakujących specjalistów i możliwości. Asumpt do wydarzenia takiego, jak I Europejskie Forum Ratownictwa Medycznego dała bieżąca działalność pogotowia ratunkowego w Jeleniej Górze, którym kieruję. Pogotowie ratunkowe w Jeleniej Górze funkcjonuje na styku trzech granic, czyli na obszarze, który jest determinowany położeniem geograficznym. Tak się składa, że w tym roku

Polska obchodzi rocznicę przystąpienia do ruchu bezgranicznego, czyli strefy Schengen. Turyści przyjeżdżają do Jeleniej Góry i wyruszają w Karkonosze, nie wiedząc nawet, kiedy przekraczają granicę. Kiedy okazuje się, że są po czeskiej stronie i dzieje im się krzywda, czeska karetka nie jest w stanie przewieźć pacjenta do najbliższego szpitala, czyli do Jeleniej Góry, ponieważ przepisy tego zabraniają. Dlatego następuje często przekładanie pacjenta na granicy z karetki czeskiej do polskiej. Drugi element to brak zrozumienia społecznego, jak funkcjonuje ratownictwo medyczne, kiedy wzywać karetkę. Stąd uznałem, że Jelenia Góra ma potencjał (problemy, z jakimi się mierzymy i położenie geograficzne), by poprzez ratownictwo medyczne móc mówić w szerszym kontekście o całym systemie ochrony zdrowia oraz spojrzeć przez pryzmat ratownictwa medycznego na cały system. Zacząć małymi krokami tłumaczyć społeczeństwu, wchodzić w relację również z samorządami, aby budować tę świadomość, co do całego systemu ochrony zdrowia. ■

forum **EMS**.eu  
KARKONOSZE '22

Szklarska Poręba 18-20.05.2022 r.  
Zapraszamy



**A HALINA  
PILONIS**

Dziennikarka specjalizująca się  
w tematyce ochrony zdrowia

# PATIENT EMPOWERMENT 2022

**O długu zdrowotnym, nowych wyzwaniach związanych z wojną w Ukrainie, bezpieczeństwie pacjenta i dostępie do nowoczesnych terapii rozmawiano podczas VI Kongresu Patient Empowerment zorganizowanego przez Instytut Komunikacji Zdrowotnej 26 i 27 kwietnia br. Tematem obrad były aktualne potrzeby organizacji pacjentów, standard leczenia i życia chorego.**

**B**artłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił uwagę, że po pandemii przyszło nam się mierzyć z kolejnym wyzwaniem – pomocą uchodźcom wojennym. Podkreślił zaangażowanie organizacji pacjenckich w pomoc chorym, którzy przybyli do Polski z Ukrainy. – Bez względu na to wszystko nie możemy jednak stać w miejscu, jeśli chodzi o zmiany w systemie ochrony zdrowia. Kluczowym ich priorytetem jest bezpieczeństwo pacjenta. Mamy fundusz kompensacyjny dotyczący szczepień, przed nami taki fundusz w badaniach klinicznych i w 2023 r. wprowadzenie funduszu kompensacyjnego zdarzeń medycznych w ustawie o jakości i bezpieczeństwie pacjenta – zapowiedział.

## Patient eXperience/Patient safety

Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich i Krajowego Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich Orphan przypomniał, że kiedy 20 lat temu urodziła mu się córka chora na chorobę rzadką, poruszanie się po systemie ochrony zdrowia było jeszcze trudniejsze. Wtedy wraz z innymi rodzicami założył organizację samopomocową, która liczyła 15 osób. W 2006 r. już trzy takie stowarzyszenia utworzyły organizację parasolową Federacja Pacjentów Polskich, która dziś liczy 108 podmiotów prawnych. – Niezwykle ważnym elementem działania jest integracja organizacji pacjenckich w celu poprawy dostępu do świadczeń i ich jakości – podkreślił. Zwrócił uwagę



Sesja Patient eXperience/Patient safety

na kwestie finansowania organizacji. – Są dwie ścieżki: środki publiczne i pochodzące od przemysłu farmaceutycznego. My doszliśmy do wniosku, że będziemy pozyskiwać środki publiczne i realizować projekty finansowane dopłatami UE – wskazał. Dodał, że Forum na Rzecz Terapii Chorób Rzadkich Orphan skupia 45 organizacji i zajmuje się wdrażaniem wprowadzonego po 12 latach starań Planu dla Chorób Rzadkich.

Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, przypomniała, że cukrzyca są najliczniejszą grupą chorych. Mamy 3 miliony zdiagnozowanych chorych i 5 milionów ze stanem przedcukrzycowym i do tego chory z Ukrainy. – Liczebność tej grupy powinna być jej siłą. Ale tak nie jest. Na szczęście, coraz rzadziej pojawia się narracja, że tych chorych jest za dużo, żeby im pomóc i że te osoby są same sobie winne. Dziś wiemy, że edukacja i nowoczesne leczenie pozwalają uniknąć powikłań i wieść bardzo produktywnie życie – powiedziała.

Malina Wieczorek, prezes Fundacji SM Walcz o Siebie przypomniała, że jej organizacja działa od 11 lat i w tym czasie nastąpił ogromny postęp, dzięki dostępowi do nowych terapii, które zmieniły profil pacjenta. – Dziś są to osoby aktywne zawodowo i rodzinie, wyedukowane, będące partnerem leczenia – wskazała. Zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o nadrobienie straconego czasu pandemii i wprowadzanie nowych leków i nowych form ich podawania oszczędzających system, kadry i pacjenta.

Marek Lichota, prezes Stowarzyszenia Apetyt na Życie opowiedział swoją historię choroby zapalnej jelit, która przez brak skutecznego leczenia stanowi dziś olbrzymie brzemię. – Zostałem zdiagnozowany w 2002 r. Przez brak skutecznego leczenia utraciłem większość jelit. Przy wzroście 180 cm ważyłem 48 kg. Dziś wsparcie żywieniowe w postaci kroplówki, która trwa 16 godzin to jedyna szansa dla mnie na przeżycie. Tymczasem nowoczesne leczenie wdrożone na wczesnym etapie hamuje rozwój choroby, a nier refundowane w Polsce pompy żywieniowe zastępują kroplówkę i umożliwiają podanie bez względu na miejsce, w którym chory się znajduje – ubolewał. Zaznaczył, że część potrzeb pacjentów została zaspokojona, jak zniesienie ograniczenia czasu trwania terapii biologicznych, ale wciąż brakuje refundacji terapii podskórnych i żywienia pozajelitowego w warunkach domowych z użyciem pompy.

Adrianna Sobol z Fundacji OnkoCafe zwróciła uwagę na rolę komunikacji, która jest niezbędna, aby dobrze leczyć. – Nie da się być skutecznym lekarzem bez dobrej komunikacji. Potrzebne jest zaufanie w relacji lekarz-pacjent, które buduje się przez dobrą rozmowę. Nie mamy systemowego rozwiązania gwarantującego choremu możliwość takiej komunikacji. Pacjenci są niedoinformowani, często nie rozumieją sytuacji, w jakiej się znajdują. Dlatego lekarzom potrzeba uważności, skupienia i empatycznego oraz całościowego spojrzenia na pacjenta i jego bliskich – postulowała.

## Doświadczenia międzynarodowe

Jacqueline J. Noordhoek, prezes zarządu CF Europe z Holandii, która od 23 lat pracuje dla holenderskiej fundacji pomagającej pacjentom z mukowiscydozą wspomniała, że jej cierpiący na tę chorobę syn obchodzi właśnie 27 urodziny. – Gdy się urodził, nie wierzyliśmy, że dożyje 20 lat – przyznała. Podkreśliła, że w przypadku chorób rzadkich rola europejskiej organizacji pacjenckiej jest szczególnie istotna. Perspektywa międzynarodowa pozwala na wymianę doświadczeń i poszukiwanie najlepszych rozwiązań. Poza tym daje też siłę liczebną, przez co głos chorych staje się bardziej słyszalny.

– Praca w takiej organizacji wymaga działań i spojrzenia z perspektywy chorego, a nie lekarza czy płatnika. To podejście pozwala zidentyfikować rzeczywiste potrzeby chorych i prowadzić kampanie na rzecz ich zaspokajania – wyjaśniała. Jej zdaniem, istotne jest, że pacjenci pracują w takich organizacjach jako wolontariusze, co zapewnia im najlepszy wgląd w problemy. Mimo tego, że są wolontariuszami, tę pracę muszą traktować profesjonalnie, bo tylko wtedy możliwa będzie realizacja wyznaczonych celów.

Salvatore Leone, prezes Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Choroby Leśniowskiego-Crohna i Wrzodzące Zapalenie Jelit (EFCCA) przypomniał, że misją działającej od 1990 r. Federacji, która zrzesza 44 organizacje opiekujące się 4,4 mln chorych w Europie, jest polepszenie jakości ich życia. – Współpracujemy z międzynarodowymi organizacjami medycznymi, by głos pacjentów był włączany w przygotowanie rekomendacji i wytycznych leczenia. Mamy też stałe kontakty z administracją, płatnikami, ubezpieczycielami, bo tylko organizacja pacjencka zna realia życia z daną chorobą – podkreślił. Poinformował, że na podstawie badań ankietowych wśród pacjentów jego organizacja wykonuje analizy i wyliczenia oceniające ekonomiczny wpływ choroby na całe społeczeństwo. – Wykazaliśmy, że pacjent zaangażowany w proces decyzyjny dotyczący swojego leczenia kosztuje płatnika 20% mniej i rzadziej korzysta ze zwolnień lekarskich. Niestety, nie wszyscy lekarze uważają, że pacjenci powinni być włączani w podejmowanie decyzji o sposobie leczenia. Co ciekawe, bardziej skłonni są to robić ci z krótszym stażem pracy. Tymczasem nasze badania pokazały, że priorytety lekarza i pacjenta są często różne – zaznaczył.

EFCCA stara się pokazać płatnikom na podstawie mierzalnych wskaźników, jak

choroba wpływa na życie pacjentów. Udowadniają, że ważne są nie tylko kwestie kliniczne, ale i jakość życia chorych. – Dlatego przełomem dla pacjenta są formy podskórne leków, które nie tylko redukują koszty systemowe, ale poprawiają komfort chorego. A bardziej przyjazna terapia to skuteczniejsze leczenie – wskazał.

## Rola organizacji pacjenckich

Dr Dominik Olejniczak, koordynator projektu Pacjenci. PRO z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego podkreślił, że budowa nowoczesnego systemu ochrony zdrowia bez organizacji pacjenckich nie jest możliwa. Bartłomiej Chmielowiec poinformował, że powołując Radę Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta chciał zintegrować i wzmocnić środowisko, aby podejmowane działania były skuteczniejsze. Dzięki temu też młodsze organizacje mogły czerpać z doświadczeń systemowych tych bardziej doświadczonych.

Bartłomiej Chmielowiec wskazał, że ogromnym wyzwaniem na dziś jest kwestia finansowania organizacji pacjenckich. – To trudny temat wymagający zebrania doświadczeń z innych krajów. Organizacje, zwłaszcza te mniejsze, powinny mieć zapewnione stabilne finansowanie również ze środków publicznych, żeby nie były skazane na realizowanie okazjonalnych projektów i uzależnione od grantów przemysłu farmaceutycznego – powiedział. Dodał, że w ramach środków z budżetu państwa i unijnych organizacje pacjenckie realizowałyby stały program o charakterze edukacyjno-profilaktycznym. Poinformował, że Rada Organizacji Pacjenckich działająca przy Rzeczniku Praw Pacjenta będzie współpracować z podobnym ciałem skupionym przy ministrze zdrowia.



Panel Doświadczenia pacjentów: ile zależy od komunikacji w opiece zdrowotnej?





Iwona Czabak, prezes Zarządu Stowarzyszenia Marfan Polska zrzeszającego pacjentów chorych na choroby rzadkie tkanki łącznej zwróciła uwagę, że kryteria włączania organizacji pacjenckich do rady przy resorcie zdrowia zakładają, że stowarzyszenia muszą działać przynajmniej 5 lat. – Naszym zdaniem, ciało to powinno być otwarte na młode organizacje. Zwracamy też uwagę, żeby minister nie bał się, że organizacja w tej radzie będzie za dużo – powiedziała.

Grzegorz Perzyński, prezes Zarządu Fundacji Transplantacji LIVERstrong poinformował, że jego organizacja działa dopiero dwa lata, ale ma już wielki wkład we wzmacnianiu pozycji pacjentów. Opowiadał o akcji „Od przeszczepienia do Ironmana”, w ramach której po 20 latach od przeszczepienia wątroby spróbuje pokonać pełen dystans Enea IRONMAN Gdynia. Jest to kampania społeczna na rzecz zwiększenia liczby transplantacji organów ratujących życie.

Jolanta Czernicka-Siwecka, prezes zarządu Fundacji Iskierka na rzecz dzieci z chorobą nowotworową poinformowała, że dziś w Polsce leczą się też mali pacjenci z Ukrainy. Jej zdaniem, wiele dobrego wydarzyło się w obszarze onkologii dziecięcej. Wspomniała o portalu onkrodzice.pl, gdzie lekarze wspólnie z opiekunami chorych zbierają rzetelne informacje na temat nowotworów, na które chorują dzieci. – To baza wiedzy, którą się wymieniamy – podkreśliła. – Najbardziej potrzebujemy dobrej komunikacji między administracją a organizacjami pacjenckimi – dodała.

Marek Lichota, prezes Stowarzyszenia Apetyt na Życie mówił o współpracy między organizacjami pacjenckimi. W wyniku współdziałania czterech organizacji: Fundacji EuropaColon Polska, Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”, Stowarzyszenia Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „Łódzcy Zapaleńcy” oraz Stowarzyszenia Pacjentów z Niewydolnością Układu Pokarmowego „Apetyt Na Życie” została zawiązana Koalicja Pacjentów z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita. – Wspólny głos ma większe znaczenie i razem możemy więcej osiągnąć – zaznaczył.

Iwona Czabak zwróciła uwagę, że platformą współpracy stowarzyszeń pacjenckich jest też Rada tych organizacji działająca przy Rzeczniku Praw Pacjenta. W jej efekcie zawiązała się organizacja parasolowa Porozumienie Organizacji Kardiologicznych.

Dr Dominik Olejniczak podkreślił znaczenie projektu Pacjenci.PRO, który wyszedł

naprzeciw realnym potrzebom pacjentów związanych z personalizacją leczenia, poruszaniem się w sferze pozyskiwania funduszy i komunikacji w mediach społecznościowych.

## Dostęp do skutecznych terapii poprawiających także jakość życia

Prof. Grażyna Rydzewska, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii wskazała, że programy lekowe byłyby bardziej komfortowe dla pacjentów i mogłyby absorbować mniej personelu, gdyby do refundacji weszły postaci podskórne leków, a leki biologiczne niechronione patentem zostały przeniesione do refundacji aptecznej. Zwróciła uwagę na lawinowy wzrost pacjentów w ośrodkach, co tym bardziej pokazuje konieczność uproszczenia sprawozdawczości i wprowadzenie postaci podskórnych leków oraz nowych małych cząsteczek do refundacji, dzięki czemu pacjent leczyłby się w domu i przychodził tylko na wizyty kontrolne.

Jacek Hołub, rzecznik stowarzyszenia J-elit wyjaśniał, jak ważna dla chorych jest forma podania leku. – To się wiąże z większym poczuciem bezpieczeństwa i niższymi kosztami pośrednimi, czyli wydatkami związanymi z dojazdem do szpitala, często do innego województwa, ze zwalnianiem się z pracy, na co nieprzychylnie patrzą pracodawcy – wyjaśnił. Dodał, że chorzy z wielką nadzieją czekają na formę podania leku w zastrzyku. – Wiemy też, że FDA zarejestrowała ozanimod dla pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita w formie, która jest marzeniem każdego pacjenta – tabletki podawanej raz na dobę. Liczymy, że te leki pojawią się również w Polsce i że będą też rejestrowane terapie dla choroby Leśniowskiego-Crohna – dodał.



Panel Choroby rzadkie i cywilizacyjne: projekt – przyszłość i dobre praktyki

Prof. Jacek Rożniecki, kierownik Kliniki Neurologii, Udarów Mózgu i Neurorehabilitacji Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wskazał na potrzebę refundacji toksyny botulinowej i przeciwciał monoklonalnych anti-CGRP dla chorujących na migrenę przewlekłą. Zaznaczył, że są to leki skuteczne, bezpiecznie i dobrze tolerowane, a działania niepożądane utrzymują się na poziomie placebo.

Wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski na pytanie prof. Grażyny Rydzewskiej dotyczące wprowadzenia leków biologicznych do aptek odpowiedział: – Mamy cały czas problemy, w szczególności z cenami i systemem refundacyjnym, który jest tak skonstruowany, że taki lek miałby cenę ryczałtową 3,20 zł. A mamy inne leki z wcześniejszych linii leczenia, które są znacząco droższe – w łuszczycy i innych chorobach. Obawiamy się też, że w kanale aptecznym nie będzie właściwego nadzoru nad leczeniem biologicznym w trybie ambulatoryjnym. Planujemy zmiany, które umożliwią zamiast programu lekowego wprowadzenie tych leków do katalogu chemioterapii. I to dobry kierunek dla pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi i alergicznymi, żeby szpital wydawał te leki w ramach poradni po cenach negocjowanych przez resort.

Wiceminister poinformował, że postacie podskórne były przedmiotem obrad komisji ekonomicznej, która zdecydowała o ich refundacji. – Decyzja czeka na formalną akceptację. – Więc trafią do refundacji wraz z innymi lekami w zakresie małych cząsteczek – zapowiedział.

Dodał, że wpłynął wniosek o refundację ozanimodu. Proces jego rozpatrywania potrwa około pół roku i jest szansa, że od stycznia przyszłego roku będzie refundowany.

– Jeśli chodzi o przeciwciała monoklonalne i toksynę botulinową w migrenie przymierzamy się w najbliższym czasie do refundacji, ale jeszcze nie wiem, na której liście refundacyjnej. Będzie to kontynuacja terapii po lekach wcześniejszego rzutu – zaznaczył. Podczas panelu rozmawiano również o implementacji Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich. Dr Maciej Niewada, adiunkt Katedry Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zwrócił uwagę, że potrzebne będą do tego pogłębione analizy ekonomiczne, a niektóre elementy wymagają pilotażu, np. implementacja analizy wielokryterialnej pomagającej podejmować decyzje refundacyjne dla leków sierocych. – Standardowe podejście HTA skupiające się na efektywności kosztowej w przypadku tych terapii nie znajduje zastosowania i nie jest całościowym opisem – powiedział. Zaznaczył, że ważne jest też, jak taki dostęp do leków

będzie interferował z rozwiązaniami Funduszu Medycznego i z projektowanymi zmianami w nowelizacji ustawy refundacyjnej.

Wiceminister Maciej Miłkowski przyznał, że takich analiz brakuje.

Stanisław Maćkowiak wskazał, że Plan zawiera na razie tylko część medyczną, która daje szansę na optymalną opiekę chorym.

## Co dalej z psychiatrią dorosłych i dzieci?

Dr Aleksandra Lewandowska, konsultant krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży podkreśliła, że kryzys psychiatrii dzieci i młodzieży to wierzchołek góry lodowej. W dodatku trwa od lat, a przez pandemię i wojnę nastąpiła jego eskalacja. Wciąż przeciążone są szpitale i izby przyjęć, rośnie liczba dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. – Większość naszych pacjentów przyjmowanych do szpitali mogłaby tego uniknąć, gdyby dostała pomoc wcześniej – podkreślała. Dodała, że wdrażanie reformy komplikuje brak psychiatrów dzieci i młodzieży. Przed pandemią mówiliśmy, że jest nas o 300 lekarzy za mało. W tej chwili to już dwa razy więcej – wskazała. Po dwóch latach wdrażania zmian w tym obszarze funkcjonują 343 ośrodki, a tylko od 10 do 20% ich podopiecznych potrzebuje opieki lekarskiej. Jeśli reforma będzie postępować w tym kierunku, to niedobór lekarzy za kilka lat nie będzie tak bardzo dotkliwy. Kolejnym problemem jest brak wystarczającej współpracy z systemem edukacji. – Nasi podopieczni na terenie szkoły nie mają wystarczającego wsparcia – zaznaczyła.

Psycholog Michalina Kulczykowska, konsultantka z telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży fundacji Dajemy Dzie-



Panel Zdrowie – system – komunikacja w kryzysie. Co dalej z psychiatrią dorosłych i dzieci?

ciom Siłę opowiadała, że średnio ich telefon dzwoni co dwie minuty, a dwa, trzy razy dziennie kontaktuje się młoda osoba w trakcie próby samobójczej. – Po rozmowach z naszymi podopiecznymi słyszę, że nie ma dostępu do specjalistów, nie ma odpowiedniej pomocy, a nasz telefon jest ostatnią deską ratunku – podkreśla. – Tymczasem my możemy tylko rozmawiać wspierając i wspomagając w poszukiwaniu pomocy w otoczeniu. Ale tej pomocy nie ma. Kolejka jest nawet do szkolnego psychologa – dodała.

Prof. Agata Szulc, kierownik Kliniki Psychiatrycznej Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM również wskazała, że psychiatryczne problemy wieku dziecięcego nawarstwiają się i towarzyszą chorym w latach późniejszych. Reforma psychiatrii dorosłych postępuje powoli. Docelowo cała Polska ma być objęta opieką ośrodków zdrowia psychicznego, które będą zajmować się populacją danego terenu i w ciągu 48–72 godzin pacjent powinien otrzymać tam pomoc. Liczba szpitali psychiatrycznych ma zostać ograniczona. Kolejną rzeczą, która wymaga reformy to edukacja. Ważne jest, żeby społeczeństwo wiedziało, że psychiatria to nie szpital. – Szpital to ostatnia deska ratunku. To centra zdrowia publicznego mają przejmować pacjentów – podkreślała prof. Agata Szulc.

## Standard leczenia – standard życia

Tomasz Kielczewski, dyrektor konsultingu PEX Pharma-Sequence mówił o wynikach badania „Jakość życia pacjenta z nieuleczalną chorobą przewlekłą na przykładzie mukowiscydozy”. – Reżim terapeutyczno-pielęgnacyjny zajmuje dziecku 4 godziny dziennie przez 365 dni w roku. To oddziałuje na całą rodzinę. Przez tyle czasu rodzice nie mogą zajmować się swoimi sprawami czy rodzeństwem – wskazał. Przestrzeganie tego reżimu wpływa na psychikę dziecka powodując stres, depresję, sprzeciw. Oddziałuje też na jego rozwój. 63% małych pacjentów ma ograniczony czas na zabawę i własne aktywności, a 50% dzieci starszych ma ograniczone kontakty z rówieśnikami i nie bierze udziału w zajęciach, w których mogłyby uczestniczyć.

U pacjentów dorosłych mukowiscydoza powoduje zerwanie relacji z otoczeniem, co prowadzi do izolacji. Tomasz Kielczewski wskazał, że potrzeby pacjentów można podzielić na medyczne, psychologiczne, socjalne i ekonomiczne oraz związane ze wsparciem w życiu codziennym. Przemysław Marszałek, członek zarządu Matio, MukoKolekcja mówił o tym, że przełom w leczeniu mukowiscydozy może zamienić ją z choroby śmiertelnej w przewlekłą. Jakość życia chorych staje się więc niezwykle istotna. Zaapelował o współpracę z decydentami w parlamencie, z Ministerstwem Zdrowia, bo tylko rozmawiając możemy osiągnąć sukces, czyli przedłużyć życie chorych.



Malwina Wieczorek, prezes Fundacji SM – Walcz o Siebie zwróciła uwagę na konieczność dostępu wielu technologii lekowych w SM, tak aby terapię dopasować do potrzeb pacjenta. Zaznaczyła też, że nowe formy podania podskórno-natalizumabu mogą zmienić życie chorego. Dlatego takie rozwiązania powinny być wprowadzane bardzo szybko. – Pacjenci z SM są narażeni na pobieranie krwi co trzy miesiące przez kilkadziesiąt lat, dlatego forma podskórna oszczędzająca żyły ma dla nich ogromną wartość – dodała. O wpływie terapii na jakość życia pacjentów z HIV mówił Michał Kaźmierski, dyrektor generalny Gilead Sciences Polska. – Mantrą w medycynie jest skuteczność leczenia, ale w niektórych chorobach ta skuteczność jest już zapewniona i wyzwaniem staje się poprawa jakości życia. Do tego potrzebna jest innowacja, lekarz, który będzie chciał ją zastosować i płatnik, który za to zapłaci. Pytanie: jak wycenić standard życia, za który płatnik niechętnie chce płacić – zaznaczył. Przypomniał, że kiedyś pacjent z HIV całe życie i całą dietę podporządkowywał terapii, której toksyczność była duża. – Dziś jesteśmy na etapie jednej tabletki i idziemy w kierunku terapii długodziałających, gdzie mija kilka miesięcy od podania do podania – powiedział. – HIV i AIDS to też problem stygmatyzacji. Więc mniej widoczne leczenie dla chorych doświadczających obciążenia psychicznych z powodu stygmatyzacji jest nie do przecenienia. Oczywiście, najlepiej byłoby te choroby wyleczyć, tak jak w przypadku WZW C. Od obciążającego leczenia trwającego 48 tygodni ze skutecznością na poziomie około 50 proc. przeszliśmy do terapii z prawie 100% wyleczalnością w 8–12 tygodni – przypomniał. Wspomniał też o terapii CART-T na razie w ograniczonym zakresie wskazań. – Zamiast wielu cykli chemioterapii mamy terapię, która wyłącza pacjenta na dwa tygodnie po jednorazowym podaniu. To leczenie podaje się pacjentom, których średnia oczekiwana długość życia wynosiła między 3 a 6 miesięcy, a dziś 40 proc. chorych żyje już ponad 5 lat – poinformował.

Piotr Wincianas, Naczelny Lekarz Zakładu, dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego ZUS dodał, że nowoczesne terapie obniżają też koszty pośrednie. Przypomniał, że ZUS wyliczył to dokładnie w przypadku SM. Sfinansowanie innowacyjnej terapii zoptymalizowało koszty wynikające ze świadczeń ZUS dla tej grupy chorych. – Mamy dostęp do olbrzymiej bazy danych. Możemy wyliczyć koszty dla każdej choroby i możemy wszystkich wspomagać danymi oraz dostarczyć dowody na to, że nowe terapie przekładają się na optymalizację kosztów – podkreślił Tomasz Kielczewski.

Według poseł Barbary Dziuk, w wielu dziedzinach mamy standardy europejskiego leczenia, a nawet je wyprzedzamy, np. w przypadku choroby SMA. Jej zdaniem, w rozmowach z płatnikiem o wprowadzaniu nowych terapii trzeba używać argumentów społecznych i ekonomicznych. – Trzeba zmieniać myślenie. Nowoczesne technologie, które poprawiają komfort życia pacjenta muszą być refundowane – dodała.

## Dług zdrowotny w kardiologii

Prof. Przemysław Mitkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wskazał, że w trakcie pandemii kardiologia ucierpiała najbardziej. Śmiertelność na COVID-19 była największa wśród chorych kardiologicznie. Pacjenci nie zgłaszali się na badania, zaprzestali terapii, nie przyjmowali leków. W efekcie w porównaniu do 2019 r. liczba zgonów z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych wzrosła o prawie 17%. A spośród wszystkich chorób przewlekłych, w tym nowotworowych, roczne największe wzrosty zgonów były notowane w kardiologii. Z programu 40 plus skorzystało kilkaset tysięcy, a mogło-

by 20 milionów Polaków. Tymczasem 60% Polaków ma zaburzenia gospodarki lipidowej. To zaburzenie nie boli, dlatego istnieje konieczność wczesnego diagnozowania tych zaburzeń.

Dr Marta Kałużna-Oleksy, prezes Polskiego Stowarzyszenia Osób z Niewydolnością Serca dodała, że tylko 17% chorych z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym ma odpowiednio kontrolowaną hipercholesterolemię, a wśród pacjentów z grupy największego ryzyka tylko 10% uzyskuje właściwe wartości.

Kolejnym problemem pacjentów kardiologicznych jest dostępność technologii przedłużających życie chorym z niewydolnością serca. Dr n. med. Krzysztof Kuśmierski, kierownik Kliniki Kardiologii i Transplantologii Narodowego Instytutu Kardiologii w Warszawie mówił o niewystarczającym dostępie do terapii LVAD, która jest pomostem do transplantacji serca, poprawia stan i jakość życia oczekujących, a u części chorych umożliwia przeszczepienie mimo wcześniejszych przeciwwskazań. Jest też grupa pacjentów, u których wszczepienie pompy LVAD mogłoby być terapią docelową, bo według statystyk wydłuża życie nawet o kilkanaście lat. – Obecnie 200 pacjentów czeka na przeszczepienie serca i nie wszyscy się doczekają, a dostępność tej technologii w Polsce jest wciąż ograniczona. Jeśli szpitale nie mają refundacji, chorzy nie mają tej szansy. Dlatego apelujemy o ramy czasowe wydawania decyzji refundacyjnych. Potrzebne jest też rozszerzenie wskazań, aby objąć nimi nie tylko czekających na przeszczepienie – wskazał.

## Potrzeby pacjentów onkologicznych

O profilaktyce wtórnej, szybkiej diagnostyce i indywidualizacji leczenia mówiła Anna Kupiecka, prezes Fundacji OnkoCafe. Podkreśliła, że wykonywanie w POZ badań morfologii krwi pozwala na wczesne wykrycie chorób hematologicznych.



Kardiologia i onkologia – zdrowie po kryzysie. Ścieżka pacjenta i wyzwania systemu



Prof. Krzysztof Giannopoulos, kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie podkreślał znaczenie pierwszej linii leczenia w ostrej białaczce szpikowej, przewlekłej białaczce limfocytowej oraz w szpiczaku plazmacytowym. – Pierwsze leczenie jest najważniejsze dla dalszego rokowania pacjenta i nie można zachowywać go na później, bo nie przyniesie ono już takich samych efektów. U pacjentów, którzy kwalifikują się do przeszczepienia do klasycznej chemioterapii możemy dokładać leczenie celowane. U chorych niekwalifikujących się leczenie można optymalizować schematem wenetoklaks z azacytydyną, który dwukrotnie zwiększa skuteczność leczenia epigenetycznego. W przewlekłej białaczce limfocytowej ostatnie zalecenia wskazują konieczność diagnostyki cytogenetycznej i molekularnej umożliwiającej korzystanie z leczenia celowanego. W pierwszej linii leczenia powinny być stosowane inhibitory kinazy Brutona.

Prof. Krzysztof Giannopoulos przyznał, że w szpiczaku plazmacytowym wydarzyły się dobre zmiany w programie lekowym, ale tylko dla pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia. – Dla tych kwalifikujących się terapia powinna być wzmocniona dodaniem daratumumabu do schematu VTD – wskazał.

Dodał, że badania cytogenetyczne w szpiczaku plazmacytowym są jednym z kryteriów włączenia do programu lekowego. Podobnie powinno być w białaczce limfocytowej. Dla chorych na schorzenia kardiologiczne, jak i onkologiczne wciąż ogromnym zagrożeniem jest COVID-19. O znaczeniu szybkiego testowania tych pacjentów mówił dr hab. Emilian Snarski z Katedry i Zakładu Fizjologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM. – Szybkie testowanie pacjentów w szpitalach to ograniczenie infekcji wirusowych na oddziałach. Teraz myślimy o Covidzie, ale wcześniej też były zakażenia wirusowe, np. RSV powodujące zgony chorych i będą się one zdarzały w przyszłości. Tymczasem np. test ID NOW w ciągu 15 minut może sprawdzić obecność zakażenia kilkoma wirusami. Dlatego takie testy są niezmiernie potrzebne, zwłaszcza na oddziałach transplantacyjnych, bo mogą uratować życie – podkreślił.

## Działalność organizacji pacjentów w Polsce i w Ukrainie

Podczas sesji Patient eXperience/Patient safety Urszula Jaworska zastanawiała się, jak mierzyć organizacje pozarządowe – wielkością budżetu, liczbą członków, charyzmą lidera, ważkością zadań, jakie podejmują.

Przedstawiciele organizacji pacjentów wskazali, że każda z nich reprezentuje cierpiących na konkretne schorzenia i przede wszystkim walczy o zaspokojenie ich potrzeb.



Sesja Patient eXperience/Patient safety cz. 2

Dagmara Samselska, prezes AMICUS Fundacji Łuszczyicy i AZS, opowiadając własną historię choroby podkreślała, jak ważne jest otrzymanie odpowiedniego leczenia na czas. Tomasz Połec, przewodniczący RG Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego przypomniał, że skuteczne i nowoczesne leczenie opłaca się, bo redukuje koszty terapii powikłań i pozwala zachować produktywność chorych.

Aleksandra Wilk, koordynatorka Sekcji Raka Płuca w Fundacji To się Leczy wskazała, że ważne jest także wdrożenie innowacyjnego leczenia na samym początku terapii. Mówiła też o czujności onkologicznej i konieczności badań profilaktycznych.

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Stowarzyszenia Sanitas i rzecznik na rzecz osób objętych opieką paliatywną zwró-

ciła uwagę na problemy chorych paliatywnie. Poinformowała, że z danych wynika, iż aż 1/6 chorych terminalnie nie została objęta domową opieką paliatywną, a 1/3 nie doczekała się opieki stacjonarnej. – W najbliższym czasie może być znacznie gorzej, bo w opiece paliatywnej od 2015 r. nie podniesiono wyceny świadczeń, a inflacja sięga w tym obszarze 20% – ostrzegła.

Maria Adamczuk-Korotycka, prezes fundacji The Cancer Fighters z Ukrainy podziękowała Polakom za pomoc uchodźcom wojennym i powiedziała, że wraz z mężem, który teraz walczy na wojnie w przyszłości bardzo chciałaby odwiedzić Polskę. Poinformowała, że większość organizacji w Ukrainie działających na rzecz walki z rakiem skupia się głównie na dostarczaniu leków i sprzętu medycznego dla dzieci. Bardzo mało natomiast działa na rzecz profilaktyki i wykrycia raka u osób dorosłych. A problem jest duży, bo liczba chorych na raka w Ukrainie wzrasta z roku na rok. – Doświadczenie rozwiniętych gospodarczo państw Europy Zach. i USA pokazuje, że systematyczne działania na rzecz pierwotnej profilaktyki pomaga w dużym stopniu zmniejszyć poziom zachorowań i śmiertelności. Tymczasem w Ukrainie większość populacji nie wie o badaniach profilaktycznych lub o szczepieniach przeciwko HPV. Dlatego po zakończeniu wojny powinniśmy stosować strategie, które będą odpowiadały sytuacji społeczno-gospodarczej i możliwościom naszego kraju – powiedziała. Dodała, że w Ukrainie główne wskaźniki wczesnej diagnozy i jakości leczenia są 2–2,5 razy niższe niż w krajach rozwiniętych. Szczególnie w ciągu pierwszego roku od rozpoznania nowotworu na Ukrainie umiera dwa razy więcej pacjentów niż w Europie Zach.

## Wyzwania systemu

Prof. Brygida Kwiatkowska, konsultant krajowa w dziedzinie reumatologii poinformowała, że dostęp do leczenia biologicznego w Polsce jest dramatyczny. – Mamy leki biopodobne, które obniżyły koszty, bo cena z 7 tys. zł spadła do 600 zł, ale nie przełożyło się to na poprawę dostępności. W RZS terapię biologiczną pacjent otrzymuje po 8 latach leczenia. Tymczasem choroba dotyczy ludzi młodych i im szybciej otrzymają skuteczną terapię, tym lepsze będą efekty takiego leczenia – powiedziała.

O dostępności leków biologicznych w terapii AZS mówił Hubert Godziątkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Atopowych. – Redukcja jak największej liczby objawów wpływa na poprawę komfortu życia pacjentów i ich rodzin, bo w przebiegu ciężkim choroby pacjenci definiują jakość swojego życia na zero, co oznacza, że nie chcą żyć. Młodzi ludzie mają stany depresyjne i myśli samobójcze, które dotyczą nawet 38% chorych z ciężką postacią – wskazał.



O tragicznej sytuacji chorych na amyloidozę opowiadał Zbigniew Pawłowski, prezes Stowarzyszenia Rodzin z Amyloidozą. – W Polsce nie ma dostępu do żadnej terapii lekowej. Jesteśmy w procesie refundacyjnym jednego leku, który hamuje postęp choroby. W Niemczech wszystkie zarejestrowane leki są refundowane. Chorzy mają też tam dostęp do terapii genowych – wskazał.

Wyzwaniem naszego systemu jest również dostęp do diagnostyki molekularnej. – Wszystko zależy, w jakim ośrodku pacjent się znajdzie. Są takie, gdzie taka diagnostyka jest standardem. W naszym ośrodku lubelskim wykorzystujemy sekwencjonowanie nowej generacji – poinformował prof. Paweł Krawczyk, kierownik Pracowni Immunologii i Genetyki Katedry i Kliniki Pneumonologii, Onkologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Dr hab. Bartosz Wasąg, kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki Medycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zaznaczył, że diagnostyka molekularna w wielu ośrodkach jest już działaniem rutynowym. – Należy się skoncentrować nad stworzeniem systemu, który ujednotoci sytuację pacjentów w całej Polsce. W wielu krajach funkcjonują listy badań refundowanych, co może ujednotocić diagnostykę i wyeliminować wykonywanie niepotrzebnych badań. Ważny jest też proces akredytacji laboratoriów i badania dla członków rodzin, które mają być finansowane przez NFZ – zaznaczył.

Specjaliści podkreślali również, że taka diagnostyka warunkuje możliwość zastosowania nowoczesnych terapii. Niestety, nie wszystkie są refundowane, a dostęp do nich w ramach RDTL właściwie jest niemożliwy.

– W raku płuca dla pacjentów w dobrym stanie mamy refundowane 3 grupy terapii ukierunkowanych molekularnie, immunoterapię i chemio-immunoterapię. Ale przy zastosowaniu nowoczesnych technologii genetycznych, jak sekwencjonowanie nowej generacji, możemy znaleźć szereg mutacji genetycznych, które kwalifikują pacjenta do terapii zarejestrowanych, ale nierefundowanych w Polsce.



**Panel Pacjent z chorobą przewlekłą: pogadajmy o emocjach, rodzinie i aktywizacji zawodowej**

Można z nich skorzystać w ramach RDTL, ale rzadko który lekarz będzie wypełniał stopy dokumentów dla jednego chorego – ubolewał prof. Paweł Krawczyk. Dodał, że fundusz na ten cel nie jest też wykorzystywany z powodu braku badań sekwencjonowania nowej generacji. – Gdyby były one dostępne, o 15% wzrosłaby liczba chorych na raka płuca otrzymujących terapie celowane – podkreślił. Systemowym wyzwaniem pozostaje wciąż równy dostęp do optymalnego leczenia raka jajnika. Dr hab. Paweł Knapp z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku poinformował, że każda pacjentka z rakiem jajnika musi mieć wykonane badanie genetyczne. Podkreślił, że leczenie tego nowotworu wymaga kompleksowości. Kluczowo ważny jest zabieg operacyjny i dostęp do nowoczesnych terapii. – To przekłada się na efekty terapii. Kiedy kończyłem studia, pacjentki z tym nowotworem żyły 12 miesięcy, a teraz mam chorą, która żyje 90 miesięcy. Namawiam więc pacjentki, aby poszukiwały ośrodków wyspecjalizowanych w zabiegach chirurgicznych i oferujących kompleksowość leczenia wraz z badaniem genetycznym – rekomendował.

## Pacjent z chorobą przewlekłą

Chorobą przewlekłą, która potrafi zdominować życie chorego jest migrena. – Ustawa o prawach pacjenta gwarantuje leczenie bólu, tymczasem przewlekła migrena odbiera pacjentom 6 miesięcy z każdego roku życia. Choroba jest często lekceważona, a chorzy cierpią – ubolewał Wojciech Machajek, wiceprezes Fundacji Chorób Mózgu mówił o przewlekłej migrenie.

Prof. Konrad Rejdak, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego dodał, że migrena przewlekła powoduje absencje w pracy, brak efektywności w wykonywaniu obowiązków zawodowych, trudności z koncentracją. Dlatego skuteczne leczenie bólu jest nie tylko prawem pacjenta, ale i systemową korzyścią.

Paniści rozmawiali o tym, co zrobić, aby choroba przewlekła nie zdominowała życia pacjenta i jego rodziny. Prof. Aldona Katarzyna Jankowska z Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, z Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej mówiła o roli komunikacji lekarza z pacjentem i konieczności kształcenia w tym zakresie. – Empatię można kształcić. Pacjent potrzebuje zrównoważonego spokojnego lekarza, który zobaczy jego emocje i będzie potrafił go wesprzeć – wskazała.

Zbigniew Tomczak, przewodniczący Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimerą opowiadał o opiece nad chorującą żoną. Aby opiekunowie mogli reprezentować interesy swoich podopiecznych, komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem zmienia się w dialog między opiekunem a lekarzem. Dlatego opiekunowie potrzebują również wsparcia w tym zakresie.

Niezwykle ważne w chorobie przewlekłej jest również utrzymywanie aktywności zawodowej i społecznej. Ewelina Puszkina, wiceprezes Fundacji OmeaLife mówiła o działalności jej organizacji, która zabiega, aby młode kobiety chorujące na raka piersi pozostały aktywne zawodowo i nie wycofywały się z ról społecznych.

Katarzyna Lisowska z Organizacji pacjentów „Hematologiczni” opowiadała o prowadzonych przez organizację internetowych grupach wsparcia, które są bardzo ważne i pomocne dla chorych.

Anna Charko, prezes Fundacji Ludzie i Medycyna podkreślała, że osoba z chorobą przewlekłą może żyć pełnowartościowym życiem. – Pacjenci im mają więcej sposobów na radzenie sobie z chorobą, tym lepiej. Ważna jest wiedza na temat samej choroby, a także radzenie się innych chorych. Dlatego przygotowaliśmy aplikację „Pacjenci pacjentom”, gdzie można pozostać anonimowym, znaleźć podobną osobę, która ma podobne doświadczenia i może się nimi podzielić – poinformowała.

## Czy da się żyć bez profilaktyki?

Ewelina Nazarko-Ludwiczak z Fundacji MY Pacjenci przedstawiła wyniki badań dotyczących stosunku do profilaktyki prowadzonych na reprezentatywnej grupie Polaków. Okazało się, że kobiety mają bardziej pozytywny stosunek do profilaktyki niż mężczyźni. Na pytanie, czy skorzystałaś z badania profilaktycznego 40 plus, wiele więcej osób stwierdziło, że tak, co nie miało pokrycia w oficjalnych danych. – To pokazuje, że Polacy od najmłodszych lat muszą być aktywnie edukowani, by wiedzieli, że np. po czterdziestce trzeba wykonać cytologię, a po pięćdziesiątce mammografię, bo nawet najlepszy system nie zmusi nas do profilaktyki – wskazała. Przypomniała, że zniknął pomysł lekcji o zdrowiu, a trzeba do niego wrócić.

Iga Rawicka, prezes Fundacji Europa Colon Polska zwróciła uwagę, że kolonoskopia źle się kojarzy i ma „zły PR”. – Tymczasem rak jelita grubego jest schorzeniem, któremu możemy zapobiec. Jeśli wytniemy polipy, zbadamy tkankę, wiemy, kiedy wykonać następne badanie – podkreśliła. Ubolewała, że w tym roku nie ruszył jeszcze program badań przesiewowych w tym nowotworze. Do tej pory nadzór Centrum Onkologii gwarantował jego wysoką jakość. Teraz ma być finansowany przez NFZ w ramach AOS. – Niestety, badania będą mogły robić wszystkie ośrodki bez certyfikacji, a to budzi zastrzeżenia co do jakości wykonywanej kolonoskopii. W Polsce tego raka i tak wykrywamy za późno w 3–4 stopniu. Tymczasem leczenie wcześniej wykrytego nowotworu jelita grubego kosztuje 4 tysiące euro, a w 3–4 fazie to już 40 tys. euro – wyliczała. – W projekcie programu 40 plus miał się znaleźć test FIT, który powinno się wykonywać raz do roku, raz na 2 lata, ale program okazał się fiaskiem – dodała.

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko z Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie mówiła o skryningu raka płuc metodą niskodawkowej tomografii komputerowej, która pozwala wykryć nowotwór na wczesnym etapie. W Polsce taki program ruszył w czasie pandemii i boryka się z wielkimi problemami. – Brytyjczycy pokazali dane, które wskazują, że najtrudniej dotrzeć do populacji o najwyższym ryzyku. W tych programach dominują osoby wykształcone, z dobrą sytuacją socjoekonomiczną, w dobrym stanie zdrowotnym. Trzeba więc inwestować w dotarcie do grup dużego ryzyka – rekomendowała. Dodała, że żaden z programów nie uda się, jeśli pacjenci nie będą partnerem.

Dr Janusz Meder, prezes Stowarzyszenia Polska Unia Onkologii zaznaczył, że mamy bazę – Strategię Onkologiczną, ale opóźnia się jej realizację. – Niepokoję się, że ten program, który po raz pierwszy kładzie strategiczny nacisk na edukację i profilaktykę wciąż nie wchodzi w życie. Tymczasem musimy edukować młodych. Nie wiem dlaczego ministerstwo edukacji stawia taki opór we wprowadzaniu zajęć promocji zdrowia – stwierdził. Sebastian Gawlik, koordynator ds. projektów z Fundacji Urszuli Jaworskiej przyznał, że edukacja jest brakującym elementem i to właśnie brak wiedzy sprawił, że program 40 plus nie działa tak jak powinien. Mówił też o badaniach w kierunku HCV. – Mamy najnowocześniejsze leki, które w dwa miesiące eliminują chorobę, a nie mamy diagnostyki. Nie możemy pójść do lekarza pierwszego kontaktu, medycyny pracy i poprosić o to badanie – ubolewał. Przypomniał, że Polska zobowiązała się do eliminacji HCV do 2030 r., co nie uda się bez testowania. ■



Interwencja: Czy da się żyć bez profilaktyki? Rola badań przesiewowych



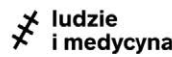


Patronat honorowy



Rzecznik Praw Pacjenta

Patronat organizacji pacjenckich



Partnerzy główni



Partnerzy



Organizator



Patronat medialny



**A** MAŁGORZATA  
SOLECKA

# PANDEMIA I 4 KSIĄŻKI

**W połowie maja Polska pożegnała się ze stanem epidemii. Stan zagrożenia epidemicznego bardziej odpowiada obecnym pandemicznym realiom i wyzwaniom, uważa minister zdrowia. W sumie – nie wiadomo, na jakiej podstawie. Ale czy to kogoś jeszcze obchodzi?**



**P**atrzymy na wrzesień z pewnym niepokojem – mówił Adam Niedzielski w kwietniu, zapowiadając w rozmowach z dziennikarzami zniesienie stanu epidemii.

1 kwietnia rząd zniósł praktycznie wszystkie obostrzenia covidowe – pozostał jedynie (przynajmniej do końca maja) nakaz zasłaniania nosa i ust we wszystkich placówkach medycznych – jak się można domyślać, wypełniany z takim samym zaangażowaniem i dokładnością, jak obowiązek szczepień pracowników tychże placówek. W połowie kwietnia pełny cykl szczepień (czyli dwie dawki, bo informacji o boosterze Ministerstwo Zdrowia nie wiadomo dlaczego nie przetwarza) miało za sobą ok. 85 proc. pielęgniarek i położnych, farmaceutów i trzy czwarte fizjoterapeutów. A także 93 proc. lekarzy i niemal 90 proc. lekarzy dentyków. Uwzględniając tylko dane dotyczące zawodów medycznych (a przecież obowiązek szczepień dotyczy wszystkich pracowników placówek ochrony zdrowia, teoretycznie oczywiście) – siedemdziesiąt, może nawet osiemdziesiąt tysięcy osób nie jest zaszczepionych. Bez, by zacytować klasyka, żadnego trybu.

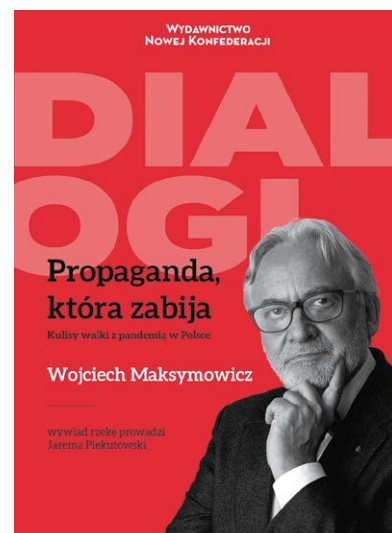
Dlaczego niepokój ministra związany jest akurat z wrześniem, natomiast dzień dzisiejszy i bliskie jutro nie spędza mu snu z powiek? Tu odpowiedź jest równie prosta, jak niezrozumiała: polskie społeczeństwo, w ocenie ministra zdrowia – dodajmy, sformułowanej na podstawie wniosków z badań NIZP-PZH, być może skonsultowanych przez radę-nie-medyczną, której istnienia można się raczej domyślać i je zakładać, bo przejawów aktywności od powołania – brak – jest bardziej uodpornione na COVID-19 (a może na SARS-CoV-2) niż inne społeczeństwa.

Jak to możliwe, skoro co prawda rzeczywiście przeszliśmy w ostatnim półroczu dwie potężne fale, napędzane deltą i omikronem, ale zaszczepionych jest tylko 60 proc. społeczeństwa, w dodatku populacja Polski powiększyła się o ponad 5 proc. w większości niezaszczepionych obywateli Ukrainy? Na jakiej podstawie sformułowano tezę o wyższej odporności, skoro po pierwsze, wszystkie badania wskazują, że odporność po samym przechorowaniu jest krótkotrwała (eksperci wskazują, że osoby, które zakaziły się omikronem w styczniu, w kwietniu odnotowywały reinfekcję), po drugie – owe „inne kraje” – dużo lepiej od nas wyszczepione – również odnotowywały i odnotowują od jesieni 2021 roku rekordowo wysokie fale zakażeń? Dlaczego „wyższą niż inne kraje odporność” ma mieć Polska, a nie zaszczepiona w ok. 90 proc., dotknięta wysokimi falami zakażeń deltą i omikronem, choćby Portugalia?

**D**latego, że tak brzmi dobrze. A jeśli kogoś taka odpowiedź nie zadowala, zdecydowanie rozszerzy swoje horyzonty, sięgając po wydaną wiosną 2022 roku pod patronatem „Służby Zdrowia” i „Medexpressu” (Wydawnictwo Nowa Konfederacja) rozmowę z prof. Wojciechem Maksymowiczem „**Propaganda, która zabija**”. Były wiceminister nauki i szkolnictwa wyższego w rządzie PiS, ale również minister zdrowia w rządzie Jerzego Buzka, którego polityczna droga w Zjednoczonej Prawicy zamknęła się z hukiem, również – a może przede wszystkim – za sprawą otwartej krytyki decyzji, podejmowanych jesienią 2020 roku przez nowo powołanego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego nie bierze jeńców i bezlitośnie punktuje – to, co można było zrobić

złe, zrobiono. To, co można było zrobić lepiej, zrobiono źle. Obecny poseł Polski 2050 dostrzega ograniczenia naszego kraju w walce z pandemią, zauważa to, co zrobiliśmy dobrze lub nawet lepiej niż inni (Polska, o czym warto przypominać, w raportach OECD podsumowujących pierwsze osiemnaście miesięcy pandemii, była w gronie krajów wysoko ocenianych za szybką reakcję na pandemię, co poskutkowało niską liczbą zakażeń i zgonów do jesieni 2020 roku).

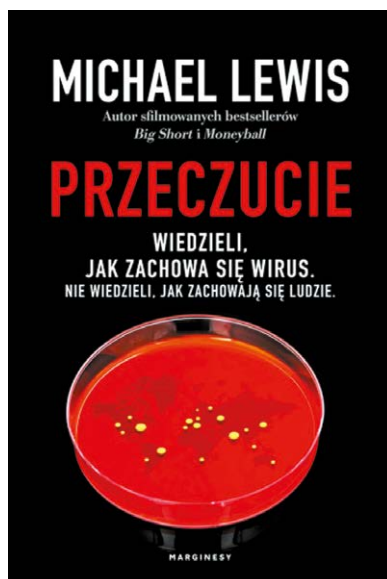
Fundamentalną osią sporu było testowanie, a raczej – ograniczenie testowania do osób objawowych, co Niedzielski ogłosił na przełomie sierpnia i września. – Nie dlatego, żeby Niedzielski uważał, że nie potrzeba więcej testować. Głównie dlatego, że wiedział, jakie ma zasoby i chciał się w nich zmieścić – mówi wprost prof. Maksymowicz. Profesor wspomina też rozmowę z nowym ministrem u progu jego urzędowania, w trakcie której miał przekonywać Adama Niedzielskiego m.in. do zmiany decyzji w sprawie ograniczenia testowania. Usłyszał deklarację współpracy i otwartości, poza tym jednym aspektem. – Zgodził się niemal na wszyst-



kie propozycje, poza jednym wyjątkiem – jak już mówiłem – testowania bezobjawowych pacjentów, bo – po pierwsze – nie ma takich możliwości, a po drugie – taką decyzję podjął, opierając się na wiedzy eksperckiej i ona jest ostateczna.

Drugą, kluczową z punktu widzenia tragicznego przebiegu drugiej fali, była decyzja o otwarciu szkół. – Minister Dariusz Piontkowski ciągle walczył o otwarcie szkół. Miał kłopot ze zdalnym nauczaniem, bo szkoły były do tego zupełnie nieprzygotowane, brakowało w nich odpowiedniego sprzętu. Piontkowski usłyszał gdzieś, że dzieci wirusa nie przenoszą. Bardzo się trzymał tego argumentu i zdecydował, że szkoły będą otwierane – bo taki miał nakaz. Żadne argumenty do niego nie docierały. Potem już było wiadomo, że jednak dzieci mogą roznosić wirusa, ale same nie chorują – więc minister znowu mówił, że w takim razie nie ma aż takiego zagrożenia, przecież nauczyciele też nie zawsze są starzy...

**N**a rynku jest już co najmniej kilkanaście książek poświęconych pandemii – w Polsce i na świecie. Pomagają zrozumieć, rzucają światło na szersze tło, dają poczucie ulgi, że – jakkolwiek dziwnie to zabrzmia – nie tylko w Polsce podejmowane są absurdalne, głupie, pociągające za sobą tragiczne skutki, decyzje. Choć może byłoby lepiej wiedzieć, że w najpotężniejszym kraju świata (nie, nie w Rosji, i nie w Chinach) państwo jest mniej bezradne wobec sytuacji kryzysowych? Półki z literaturą faktu będą się zapewne nadal zapelniać, ale jeśli ktoś chce lub musi podchodzić bardzo selektywnie, zdecydowanie powinien wybrać „Przecucie” Michaela Lewisa (Wydawnictwo Marginesy). Autor jest doświadczonym dziennikarzem, autorem m.in. książki, na podstawie której powstał



znakomity film o źródłach kryzysu finansowego z pierwszej dekady XXI wieku („Big Short”). Najnowsza książka, będąca znakomitą warsztatową, żywą opowieścią o ludziach, którzy zrobili bardzo wiele, by przygotować Stany Zjednoczone na zderzenie z pandemią na wiele lat przed tym, zanim mieszkaniec Wuhan zjadł zupę z nietoperza (dobrze, niemal jesteśmy pewni, że nie taki był początek pandemii COVID-19, ale nadal tak myślimy), jest jednocześnie odzierającym ze złudzeń dokumentem nieudolności systemowej. Braku wyobraźni, ślepego zawierzenia autorytetom i procedurom. Polskiemu czytelnikowi nie raz i nie dwa zapali się podczas lektury czerwona lampka, a gdy dotrze do fragmentów, w których autor opisuje proces docierania do prawdy, że zamknięcie szkół – oczywiście, amerykańskich – jest warunkiem sine qua non skutecznej walki z pandemią, ta lampka zmieni się w syrenę alarmową. Autor pisze o Stanach Zjednoczonych, ale pochyla się nad przyczynami rekordowo wysokiej śmiertelności z powodu COVID-19. Gdyby podjęto trafniejsze decyzje na początku pandemii, można byłoby uratować wiele istnień – stwierdza w punkcie wyjścia, a potem wykazuje, że była na

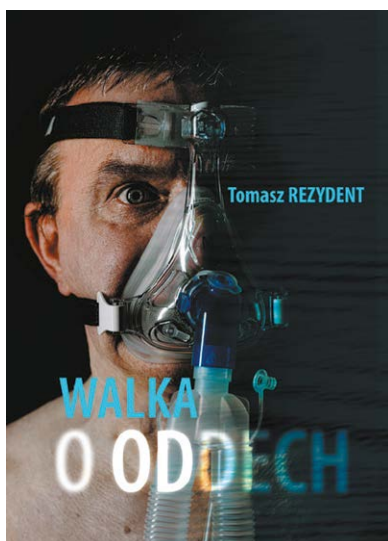
takie decyzje szansa, bo byli ludzie, którzy potrafiliby je przygotować. Z której administracja Donalda Trumpa nie skorzystała.

Polskę i USA w aspekcie covidowym łączy więcej, niż byśmy chcieli – zapewne również dlatego książka Lewisa tak bardzo rezonuje w polskim czytelniku. Przez dłuższy czas sześliśmy „łeb w łeb”, jeśli chodzi o poziom zaszczepienia, czego śladem jest zaledwie 66-proc. poziom zaszczepienia mieszkańców USA podstawowym schematem, w Polsce to 60 proc. – Ameryka jednak znowu zaczęła się, w przeciwieństwie do Polski, w której szczepienia stanęły latem 2021 roku, szczepić – i minimum jedną dawkę ma za sobą 77 proc. obywateli tego kraju.

Lektura „Przecucia” pokazuje, że wspólnym doświadczeniem była również pierwsza – w styczniu, lutym – reakcja na nowe, nieznane zagrożenie. W tym brak świadomości (wyparcie?) powagi sytuacji i – mimo sygnałów ze strony ekspertów – brak woli rozpoznania (ograniczone, do minimum, testowanie, chociażby). „Jak pan może mówić, że Amerykanom wirus w zasadzie nie grozi, skoro nawet nie przeprowadza się testów na jego obecność? (...) Najważniejsze pytanie brzmi: ile niewykrytych przypadków mamy teraz w kraju? (...) A prawda jest taka, że tego nie wiemy”. Niby o USA, a jakby – nie tylko. Oczywiście, pod względem testowania Polska z USA równać się nie może: Stany Zjednoczone po pierwszych tygodniach zaczęły testować znacząco więcej. USA zajmują w nim wprawdzie dopiero 38. pozycję, z minimalnie przekroczonym wskaźnikiem 3 mln testów na milion mieszkańców (ponad 20 mln testów na milion mieszkańców przekroczyły dwa kraje – Dania i Austria), ale jednocześnie jest to pierwsze miejsce wśród krajów, w których mieszka ponad 100 milionów mieszkańców (konkretnie,

ponad 334 mln). Polska, z wynikiem 995 tysięcy na milion mieszkańców i bez widoków na przekroczenie choćby miliona w dającej się przewidzieć przyszłości, jest na miejscu 97.

Łączy nas natomiast liczba zgonów w przeliczeniu na wielkość populacji. Polska w światowym rankingu zajmuje 17. miejsce (3073), Stany Zjednoczone – 18. (3051, dane Worldometers.info, 4 maja 2022 roku). Dlaczego? Odpowiedzi podsuwa Tomasz Rezydent w książce „Walka o oddech” (to druga książka, dziennik lekarza z pierwszej linii frontu walki z COVID-19). Książka Lewisa



reklamowana jest jak najlepszy thriller medyczny. „Walka o oddech”, choć pokazuje inną perspektywę, pod względem gatunkowym niczym jej nie ustępuje. To książka, którą trudno odłożyć, ale odkładać trzeba dla higieny psychicznej. Nagromadzenie w jednym miejscu ludzkich dramatów, absurdów systemu, rzeczywistości szarego szpitala z oddziałami covidowymi przerasta możliwości percepcji nawet wyrobionego (czytaj – będącego na bieżąco z tematem) odbiorcy. Książka w spektakularny sposób zderza rzeczywistość z tym,

co prof. Maksymowicz w wywiadzie określa propagandą, a co specjaliści od PR nazywają, bardziej elegancko, przekazem dnia. Jak na przykład twierdzenie, że w Polsce nie było segregacji pacjentów w czasie pandemii. 30 marca 2021 roku Tomasz Rezydent notuje: „System pomocy przedszpitalnej nie istnieje. Może inaczej, istnieje formalnie na papierze, ale nie w rzeczywistości. Brak miejsc COVID-owych i zwykłych powoduje, że pacjenci, którzy powinni dostać pomoc, bardzo często jej nie otrzymują. (...) Historie, które słyszę od pacjentów i ich rodzin, mrożą mi krew w żyłach. Karetki potrafią przyjechać po kilkunastu godzinach, lub wcale, od wezwania. Chorzy ze skrajnie niską saturacją są zostawiani w domach, a ratownicy marzą o wezwaniu do „uraz głowy po alkoholu” zamiast gorączka i duszność. SOR-y zamieniają się w punkty doraźnej i przedłużonej pomocy”. Autor, kilkanaście zdań dalej, przywołuje też konkretną historię: „Rano w trakcie odprawy przyjeżdża karetka, krążąca z chorym już kilka godzin. Pacjent sześćdziesięcioparoletni, a ambulans jest z miasta oddalonego o ponad 100 km. Dzwonili wcześniej, że pacjent w stanie krytycznym, będzie zaintubowany, tak jednak nie było. Chory jest nieprzytomny, przyjechali tu prosto z domu, odbijając się o braki miejsc w SOR-ach. Byli już po rozmowie z koordynatorem. My miejsce mamy na intensywnej sali, „zrobiło się” w nocy. Do tego chorego na COVID karetka była wzywana trzy razy, dwa razy w dniu wczorajszym, kiedy pacjent tracił świadomość w domu, przysypiał i bełkotał. Zmierzony wówczas cukier według kart pogotowia wynosił zaledwie 43 i 27 mg/dl – to skrajna hipoglikemia. Za każdym razem przyjeżdżał ZRM „P” – podstawowy i podawał glukozę, uzyskując poprawę stanu”.



jeszcze coś dla koneserów tematu: Jacek Hugo-Bader, jeden z najbardziej rozpoznawalnych, choć też kontrowersyjnych, reportażystów prowadzi czytelnika do jądra ciemności, opisując w książce „Strażnicy wolności” swoje kontakty i doświadczenia z grupą C-19. Jedną z wielu, która w polskim Internecie dowodziła międzynarodowych spisków, których rezultatem była/jest pandemia COVID-19, kwestionowała nie tylko szczepionki, ale też samo istnienie zagrożenia nowym patogenem, a nawet istnienie tego patogenu. Książkę Hugo-Badera warto przeczytać, tym bardziej że liderem wziętej na warsztat grupy jest lekarz, zasłużony profesor medycyny. Jego nazwisko w książce nie pada, choć bez większego trudu można się go domyślić. Ale to nie jest reportaż, który miałby konkretnego bohatera. To raczej krzywe lustro, w którym przeglądamy się my sami. Również ci, którym do głowy przez dwa lata pandemii nie przyszło kwestionowanie zasad bezpieczeństwa, którzy szczepiliśmy się jako pierwsi i solennie przestrzegaliśmy nakazów i zakazów wprowadzanych przez rząd. No, może poza tym dotyczącym zamknięcia lasów. ■



## SZCZEPIONKI SKOJARZONE – SUKCES MEDYCYNY ORAZ KOMFORT MAŁEGO PACJENTA

**Dzięki wprowadzeniu w latach 60. ub.w. powszechnych szczepień ochronnych udało się wyeliminować wiele chorób zakaźnych lub w znaczący sposób zmniejszyć ich występowanie. Coraz popularniejsze jest uchylanie się przez niektórych rodziców od obowiązku szczepień, co może spowodować powrót chorób zakaźnych, m.in. błonicy, krztusca, polio czy odry.**

**W** programie szczepień ochronnych obowiązkowymi szczepieniami objęte są choroby zakaźne: błonica, gruźlica, inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae* typu b, inwazyjne zakażenia *Streptococcus Pneumoniae*, krztusiec, świnka, odra, ospa wietrzna, ostre nagminne porażenie dziecięce (*poliomyelitis*), różyczka, tężec, wirusowe zapalenie wątroby typu B oraz rotawirusy.

Na początku XXI w., wraz z pojawieniem się nowych form komunikacji: komunikatorów internetowych oraz mediów społecznościowych, rozpoczął się nowy etap w obszarze informacyjnym oraz tym samym zaczęto podważać wiarygodność bezpieczeństwa szczepień. Liczba nieprawdziwych informacji, tzw. fake newsów, jest porażająca. Ma to niestety swoje konsekwencje w odmowach szczepień.

Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia

Publicznego – PZH w ostatnich latach aż dwukrotnie wzrosła liczba niezaszczepionych dzieci. W 2016 r. zanotowano 23 tys. uchyleń od szczepień a w 2020 r. było ich już 50,5 tys. Liczba ta w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wzrosła z 0,7 w 2012 r. do 6,9 w 2020 r. Najwięcej odmów wykonania szczepień obowiązkowych w przeliczeniu na 1000 osób odnotowano w woj.: śląskim, wielkopolskim oraz pomorskim.

Krztusiec to choroba zakaźna, która powraca w formie cyklicznych epidemii wyrównawczych dotyczących zarówno dzieci, jak i nastolatków oraz dorosłych. W polityce szczepiennej należy zwrócić uwagę na ochronę na każdym etapie życia. Krztusiec jest najbardziej niebezpieczny dla nieuodpornionych niemowląt oraz małych dzieci. Odporność poszczepienna zmniejsza się z upływem czasu, stąd konieczne są dawki przypominające. Zamiana szczepionki pełnokomórkowej na acelularną



POROZUMIENIE  
NA RZECZ  
DOBRYCH PRAKTYK  
W SZCZEPIENIACH

Porozumienie na Rzecz Dobrych Praktyk w Szczepieniach powstało w 2017 roku z inicjatywy Instytutu Ochrony Zdrowia, jako platforma ekspertów medycznych, klinicystów, osób związanych ze światem nauki oraz przedstawicieli organizacji pacjentów. Celem Porozumienia jest kształtowanie merytorycznej dyskusji nt. szczepień ochronnych oraz dotarcie do opinii społecznej, rodziców i osób odpowiedzialnych za tworzenie systemu ochrony zdrowia w Polsce za przekazem opartym na faktach naukowych.

oraz uproszczenie schematu szczepień dla najmłodszych, np. przez zastosowanie szczepionek skojarzonych typu 6 w 1 to komfort małego pacjenta: mniej bólu i stresu dla dziecka i rodziców, skrócenie czasu oraz liczby wizyt szczepiennych. Zawartość tzw. antygeny bezkomórkowego, który jest lepiej tolerowany przez organizm dziecka, skutkuje mniejszą liczbą odczynów poszczepiennych.

Nadal zaszczepione pozostaje ponad 90% populacji oraz osiągnięty zostaje próg odporności populacyjnej, co oznacza, że problem odmów szczepień wymaga odrębnej, poważnej dyskusji. Przykłady z wielu krajów europejskich (Wielka Brytania, Francja, Holandia, Włochy) pokazują, że rosnąca liczba osób uchylających się od szczepień, może doprowadzić do powrotu chorób zakaźnych, takich jak odra, błonica, krztusiec czy polio.

Sytuacja epidemiologiczna chorób, przeciwko którym prowadzone są szczepienia obowiązkowe, jest dobra, co powoduje, że w społeczeństwie nie ma świadomości zagrożenia, jakie za sobą niosą. Choroby zakaźne oraz ich powikłania nie są zauważalne w najbliższym otoczeniu, czego konsekwencją jest brak zainteresowania ww. chorobami oraz brak świadomości istnienia potrzeby zapobiegania im. Rodzice dzieci, którzy rezygnujący częściowo lub całkowicie ze szczepień swoich dzieci, najczęściej negują bezpieczeństwo szczepionek, co nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia. Skutki dalszego spadku szczepionych dzieci mogą być katastrofalne nie tylko dla niezaszczepionych dzieci, ale też dla tych, które nie mogą być zaszczepione ze względów zdrowotnych.

znajdź nas



**Twitter:** <https://twitter.com/praktykw>



**Linkedin:** <https://www.linkedin.com/company/42426882>  
<https://szczepienia-ioz.pl/>

Partnerzy Porozumienia:





**A** EWA SZARKOWSKA

Dziennikarka od wielu lat zajmująca się tematyką ochrony zdrowia

# GENETYKA KLINICZNA POTRZEBUJE SILNEGO WSPARCIA

Z prof. dr hab. n. med. Anną Latos-Bieleńską, lekarzem specjalistą genetyki klinicznej i laboratoryjnej genetyki medycznej, kierownikiem Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, konsultantem krajowym w dziedzinie genetyki klinicznej rozmawia Ewa Szarkowska.

**Ewa Szarkowska:** Kilka miesięcy temu minister zdrowia powołał panią na konsultanta krajowego w dziedzinie genetyki klinicznej. Jakie są pani plany i zamierzenia? A może już coś udało się zrealizować?

**Anna Latos-Bieleńska:** Kilka miesięcy to jest bardzo krótko, jak na czekające mnie zadania, bo sprawy w ministerstwie nie toczą się szybko, zwłaszcza jeśli to są procesy legislacyjne. Pierwszym moim zadaniem było przeprowadzenie jesienią ub. roku egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie genetyki klinicznej. Niestety, podeszła do niego tylko jedna osoba, co jest wielką zgrzyotą całego środowiska genetyków i świadczy o kondycji tej specjalności. Jesienią odbył się również egzamin specjalizacyjny z laboratoryjnej genetyki medycznej, który zdało siedem osób, ale to zupełnie nie wystarcza.

Drugie podjęte działanie to przygotowanie nowego programu specjalizacji. Bardzo intensywnie nad tym pracujemy od początku roku, ale jesteśmy trochę spóźnieni, ponieważ genetyka w ciągu ostatnich 20 lat niesamowicie się zmieniła i my właściwie piszemy program specjaliza-

cyjny zupełnie od nowa, a to zabiera dużo czasu. Nowy program będzie miał ponad 20 autorów. Musi ich być tyłu, ponieważ genetyka jest podzielona na 6 podspecjalności, takich jak: onkogenetyka, genetyka w okulistyce, w kardiologii, położnictwie i ginekologii, dermatologii czy neurologii, musimy więc przygotować program specjalizacji w tyłu wersjach.

**E.S.:** W jakim kierunku będą szły te zmiany?

**A.L.B.:** Nowy program specjalizacyjny uwzględni nowe metody, które weszły do diagnostyki i stawiają zupełnie inne wymagania genetykom klinicznym, dlatego że genetyk kliniczny musi potrafić udzielić „konsultacji genomowej”. To już nie jest tylko interpretacja wyniku badania kariotypu, czyli interpretacja wyników prostych testów molekularnych, tylko teraz mamy do czynienia z wysokoprzepustowymi badaniami genomowymi. Myślę tutaj o porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH) oraz o sekwencjonowaniu następnej generacji (NGS) – panelach celowanych, przede wszystkim







**Prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska**

o sekwencjonowaniu egzomu (WES). To wymaga od genetyka klinicznego zupełnie innego sposobu pracy, znajomości zupełnie innych baz danych, umiejętności interpretacji wyników i odniesienia tego wszystkiego do kontekstu rodowodowo-klinicznego u danego pacjenta.

**E.S.:** W minionym roku rząd przyjął plan dla chorób rzadkich, który ma usprawnić opiekę medyczną nad pacjentami z tymi schorzeniami. Jak wygląda realizacja tego planu?

**A.L.B.:** Plan jest efektem prac zespołu ds. opracowania szczegółowych rozwiązań istotnych w obszarze chorób rzadkich, kierowanego przez prof. Krystynę Chrzanowską, w których ja również uczestniczyłam. Dokument zakłada rozwiązania w kilku obszarach, takich jak ośrodki eksperckie, diagnostyka genetyczna, rejestry, paszport pacjenta, leki oraz platforma informacyjna. Obecnie czekamy na powołanie przez ministra zdrowia zespołu, który będzie nadzorował wdrażanie tego planu w życie, jak również rad naukowych, które też są ważne, ponieważ muszą być eksperci, którzy wdrożą opisane bardzo szczegółowo w planie rozwiązania. Niezależnie od tego od kilku miesięcy trwają intensywne prace nad zbudowaniem rejestru chorób rzadkich. Zaplanowana jest już cała logistyka wprowadzania danych, począwszy od logowania lekarza aż do dokonania zgłoszenia. Wiemy, kto zgłasza, kto nadaje kody, jakie dane będą przetwarzane i pod jakim kątem będą one później analizowane. W tej chwili budowana jest cała strona informatyczna, później trzeba będzie sprawdzić, czy to dobrze działa. Prace są dość skomplikowane, bo to nie jest zwykła baza danych. Rejestr chorób rzadkich ma być powiązany z tym, co już funkcjonuje na Platformie P1, m.in. z danymi NFZ. Myślę, że w tym roku zakończymy fazę testów, ale zgłaszanie chorych zaczniemy w przyszłym roku. Osobiście bardzo się cieszę, że w Polsce powstaje rejestr chorób rzadkich, bo jest on niezmiernie potrzebny.

**E.S.:** A co z diagnostyką genetyczną?

**A.L.B.:** 80 proc. chorób rzadkich to choroby genetyczne. Za najważniejszą sprawę uważam poprawę diagnostyki genetycznej poprzez uzupełnienie koszyka świadczeń gwarantowanych o dwie nowoczesne me-

tody wielkoskalowych badań genomowych: porównawczą hybrydyzację genomową do mikromacierzy (aCGH) oraz sekwencjonowanie następnej generacji (NGS). To pozwoli zakończyć obserwowaną obecnie odyseję diagnostyczną, na to czekają nasi pacjenci, czekamy także my, lekarze.

**E.S.:** Taka zmiana wymaga decyzji AOTMiT, więc zapewne nie nastąpi to tak szybko.

**A.L.B.:** Proces wspólnego działania z AOTMiT, żeby przeprowadzić te nowe metody przez wymagane procedury dla technologii, których nie ma jeszcze w koszyku świadczeń gwarantowanych, już trwa. W tej chwili koncentrujemy się na określeniu kryteriów dla laboratoriów diagnostycznych i wskazaniu, kto konkretnie będzie mógł kierować na te badania. W przypadku mikromacierzy właściwie wszystko jest gotowe, ale w przypadku sekwencjonowania następnej generacji potrzebna jest aktualizacja tego, co przygotowano, zanim jeszcze zatwierdzono plan dla chorób rzadkich. W tym czasie w genetyce zdażyło się już wiele zmienić, jest już inna, niższa cena badań i zostało lepiej określone zapotrzebowanie na badania NGS określonego rodzaju, więc to nie jest jeszcze gotowe.

**E.S.:** Patrząc realnie, refundacja obu nowoczesnych metod przewidziana w planie dla chorób rzadkich nie nastąpi wcześniej niż przyszłym roku, a pacjenci z chorobami rzadkimi nie mogą czekać.

**A.L.B.:** Docelowo obydwa badania na pewno będą w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale chwilowo diagnostyka genetyczna chorób rzadkich u dzieci będzie finansowana przez Fundusz Medyczny. Dla świadczeniodawcy i pacjenta to nie będzie miało znaczenia, gdyż wszystko będzie przeprowadzane przez NFZ. Publiczny płatnik będzie ogłaszał konkursy i rozliczał świadczenia z ośrodkami genetyki, a potem rozliczy się z Funduszem Medycznym. Liczymy, że ze wsparcia Funduszu Medycznego będziemy mogli już korzystać w drugiej połowie tego roku.

**E.S.:** Prof. Maria Sasiadek od wielu lat przekonuje, że w Polsce niezmiernie potrzebna jest ustawa o testach genetycznych. Pani też tak uważa?

**A.L.B.:** Tak, bo dopóki nie będzie tej ustawy, stale będą problemy z laboratoriami, które działają poza jakkolwiek kontrolą. Nawet dochodzi do sytuacji, że podmioty robią badania genetyczne, mimo iż nie są nigdzie zarejestrowane jako laboratoria diagnostyczne. Niestety, bez ustawy nie mamy możliwości interwencji. Konsultanci mogą kontrolować tylko te laboratoria, które mają kontrakt z NFZ lub w inny sposób są finansowane z pieniędzy

publicznych. Jeśli to są firmy całkowicie prywatne, zupełnie nie korzystające z pieniędzy publicznych, to niestety już nie, gdyż badanie wykonywane jest na podstawie umowy pacjenta z firmą, przyjmującą zlecenie na taką usługę. Badanie genetyczne nie jest zwykłym badaniem, ma ogromne konsekwencje, wynik badania genetycznego musi zostać zinterpretowany w kontekście rodowodowo-klinicznym i musi zostać dobrze wytłumaczony pacjentowi, badanie musi być wykonane w sposób absolutnie wiarygodny. Pacjent nie ma zupełnie możliwości oceny, które laboratorium jest wiarygodne, a które nie. Ta sytuacja trwa już za długo i dlatego ustawa o testach genetycznych jest pierwszą rzeczą, której naprawdę potrzebujemy, bo to pozwoli nam uporządkować całą resztę. To zostało bardzo dobrze przygotowane jeszcze przez prof. Sasiadek. Ponieważ jednak minęło trochę czasu, skonsultowaliśmy ponownie projekt z ekspertami, m.in. z prof. Olgą Haus, prezesem Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka i wprowadziliśmy do niego uwagi. Tych uwag nie ma dużo i ta ustawa według mnie jest właściwie gotowa do procedowania. Do rozstrzygnięcia pozostają jeszcze dwie kwestie – gdzie powinny znajdować się rejestry laboratoriów genetycznych i nadzór nad nimi oraz gdzie przechowywać uzyskany materiał genetyczny, który nie może zostać zniszczony, ale musi zostać zabezpieczony przed osobami niepowołanymi. Jestem przekonana, że uda nam się znaleźć odpowiednie rozwiązanie, które da pacjentowi poczucie, że jego materiał genetyczny jest bezpieczny jak w sejfie. Ministerstwo Zdrowia zdaje sobie sprawę, że uchwalenie ustawy o testach genetycznych jest pilne i jest bardzo przychylnie do tego nastawione. Obecnie trwają prace nad ustawą o medycynie laboratoryjnej, w której znajdują się też elementy dotyczące diagnostyki genetycznej. Moim zdaniem, z racji dużej odrębności genetyki, powinny być one wyjęte z tej ustawy i przeniesione do ustawy o testach genetycznych, której procedowanie – żywię taką nadzieję – rozpocznie się zaraz po ustawie o medycynie laboratoryjnej.

**E.S.:** Żaden, nawet najlepszy plan nie może się udać bez ludzi, a tych jak wiadomo brakuje.

**A.L.B.:** Rzeczywiście, największym problemem naszego środowiska jest brak kadr. Aby powiódł się plan dla chorób rzadkich i prężnie rozwijała się diagnostyka genetyczna w onkologii, potrzebni są zarówno specjaliści, którzy potrafią wykonywać badania genetyczne coraz trudniejszymi metodami, jak również lekarze genetycy kliniczni. I tutaj jest prawdziwy problem, bo mamy w Polsce tylko 147 specjalistów genetyki klinicznej, w tym – o czym z przyjemnością informuję – 5 nowych specjalistów, którzy 21 kwietnia br. zdali egzamin specjalizacyjny. Z tych



147 specjalistów 15 jest po 70. roku życia, a ponad 20 osób jest między 61.–70. rokiem życia. W dodatku większość z nich to nauczyciele akademicy, samodzielni pracownicy naukowcy, kierownicy katedr i zakładów, którzy nie mogą poświęcić całego czasu pracy klinicznej. Ponadto część lekarzy genetyków klinicznych robi inne specjalizacje i w nich praktykuje. Genetyka kliniczna staje się więc specjalizacją wymierającą.

#### **E. S.:** Jakie są tego przyczyny?

**A.L.B.:** Przede wszystkim niewłaściwie jest wyceniana konsultacja genetyczna. Drugą przyczyną zjawiska, że genetycy kliniczni zmieniają specjalizację i odchodzą z genetyki klinicznej jest to, że najważniejsze obecnie metody diagnostyki genetycznej nie są do tej pory objęte refundacją. Pozostaje nam powiedzieć pacjentom, że z nowoczesnej i skutecznej diagnostyki genetycznej mogą skorzystać jedynie prywatnie. To jest niezwykle frustrujące, bo te badania są drogie i jesteśmy przekonani, że powinny być refundowane. Refundacja jest uzasadniona tym bardziej, że w rzeczywistości diagnostyka genetyczna kończy odyseję diagnostyczną typową dla chorób rzadkich i przynosi ogromne oszczędności dla budżetu ochrony zdrowia.

#### **E.S.:** Ma pani pomysły, jak to zmienić?

**A.L.B.:** Tak i podjęłam w tym kierunku pierwsze kroki. Pierwsza rzecz to uznanie genetyki klinicznej za specjalność priorytetową i złożyłam wniosek do ministra zdrowia w tej sprawie. Obecnie za priorytetowe uznaje się 22 specjalizacje, dodanie do tego genetyki klinicznej nie obciąża specjalnie budżetu, bo to jest bardzo wąska

grupa specjalistów. Po drugie trzeba należycie wycenić konsultację genetyczną. Pisałam już i rozmawiałam w tej sprawie z prezesem NFZ. Pierwszorazowa konsultacja genetyczna jest bardzo czasochłonna, ponieważ trzeba przejrzeć dokumentację, przeprowadzić długi wywiad, wykreślić rodowód, tłumaczyć i odpowiedzieć na pytania pacjenta oraz jego rodziny. Jeśli jest to dziecko, taka wizyta trwa nawet godzinę, a nie jak przewiduje NFZ 15 minut. Ponadto, praca z pacjentem to tylko część pracy genetyka, ponieważ potem dostaje skompliko-

wany wynik badań genetycznych, który musi należycie zinterpretować w kontekście piśmiennictwa i całkowicie indywidualnych danych rodowodowo-klinicznych. Przygotowanie na piśmie opisu konsultacji klinicznej z interpretacją wyników, poradą genetyczną i wydaniem zaleceń zajmuje lekarzowi genetykowi wiele godzin, niestety obecna wycena konsultacji nie przewiduje w ogóle tej części pracy lekarza. Moje starania odniosły częściowy skutek, ponieważ od 1 kwietnia 2022 r. obowiązuje trochę wyższa stawka za poradę pierwszorazową u dzieci. Obecnie współczynnik dla dzieci w wieku 0–3 lata wzrósł z 1,6 na 2, a dla dzieci w wieku 4–18 lat z 1,3 na 1,7.

Nadal nie został jednak uwzględniony czas pracy lekarza na opracowanie pacjenta i przygotowanie karty informacyjnej. Bez uwzględnienia tego i wyceny także tej pracy, w genetyce klinicznej nie osiągniemy poprawy sytuacji. Zwracam uwagę, że tu nie chodzi o jakąś ogromną grupę specjalistów, ale o niewielką grupę, jednak bardzo potrzebną, żeby interpretować wyniki badań genetycznych, wytłumaczyć je pacjentom i wspierać w procesie diagnostycznym innych lekarzy. Praca genetyków klinicznych zmniejsza ostatecznie koszt opieki medycznej i oznacza oszczędności dla systemu. Wsparcie genetyki klinicznej to naprawdę dobra inwestycja. Już wiele razy rozmawiałam na ten temat i do tych rozmów będę wracać do skutku.

#### **E.S.:** Uważa Pani, że szansą na poprawę sytuacji kadrowej jest pojawienie się nowego zawodu doradcy genetycznego?

**A.L.B.:** Doradca genetyczny to osoba, która nie jest lekarzem, ale bardzo wspiera lekarza genetyka. W mojej opinii w tej roli doskonale mogliby się odnaleźć biotechnolodzy,



którzy dobrze znają diagnostykę genetyczną i mają dobre podstawy genetyki człowieka. Niektórym brakuje kontaktów z pacjentem i chętnie zamienią laboratorium na gabinet. Taki współpracujący ze sobą zespół lekarz genetyk kliniczny i doradca genetyczny miałby kilkakrotnie większą wydajność niż lekarz, który obecnie w poradni genetycznej robi praktycznie wszystko sam. Przeprowadza wywiad, wykreśla rodowód, bada pacjenta, szuka właściwego kodu dla choroby i badań, tłumaczy pacjentowi na czym będzie polegać badanie i odbiera świadomą zgodę na badanie, wypełnia dokumenty, tłumaczy sposób dziedziczenia i jak doszło do wystąpienia choroby genetycznej, udziela porady genetycznej, wydaje zalecenia. Jeśli będzie doradca genetyczny, który umiałby przeprowadzać wywiad i wykreślać rodowód, wprowadzać dane do systemu, odpowiedzieć pacjentowi na wiele typowych pytań, można zupełnie inaczej zorganizować – i to bardzo szybko – pracę lekarza. Genetyk kliniczny mógłby skoncentrować się na uzupełnieniu wywiadu i przeanalizowaniu wykreślonego rodowodu, zbadaniu pacjenta, odpowiednim dobraniu badań, interpretacji ich wyników, postawieniu rozpoznania i wydaniu zaleceń dotyczących dalszego prowadzenia medycznego.

**E.S.: Jakie są szanse na realizację tego pomysłu?**

**A.L.B.:** Przedstawiłam już ten pomysł w Ministerstwie Zdrowia i spotkałam się z dużym zrozumieniem. Wyobrażałam sobie wstępnie, że taka osoba będzie kończyła studia podyplomowe. Ponieważ wymagałoby to uruchomienia nowego kierunku, a to nie jest takie proste i trwa, propozycja jest taka, że mogłaby to być nowa dwuletnia specjalizacja i to w zupełności wystarczy. Oczywiście, kiedy powstanie taka specjalizacja, wizyta u doradcy genetycznego byłaby rozliczana z NFZ.

Kolejną ważną sprawą jest też zabezpieczenie kadr dla diagnostyki genetycznej z zastosowaniem wysokopręstowych badań genomowych. Konieczne jest przede wszystkim wykorzystanie potencjału biotechnologów. W tej chwili jest specjalizacja z laboratoryjnej genetyki medycznej, ale można do niej przystąpić tylko po uzyskaniu uprawnień diagnosty laboratoryjnego. Biotechnolog medyczny kończy niestety studia bez uprawnień diagnosty, chociaż ma nadzwyczajne kwalifikacje do diagnostyki genetycznej. Kiedy porównaliśmy program nauczania analityki medycznej i biotechnologii medycznej na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, okazało się, że analityk medyczny ma 180 godzin zajęć z diagnostyki genetycznej, podczas gdy biotechnolog medyczny aż

915 godzin. Absolwenci biotechnologii są przygotowani nawet bioinformatycznie do analiz, które są wymagane przy sekwencjonowaniu następnej generacji. Nie widzę więc powodu, aby tak przygotowanym fachowcom odmawiać takiego statusu, który umożliwi im robienie specjalizacji uprawniającej do pracy w laboratoriach genetyki medycznej. W resorcie zdrowia jest pełne zrozumienie w tej sprawie i w moim przekonaniu rysuje się szansa, by biotechnologom również umożliwić robienie specjalizacji. Byłaby to trochę inna specjalizacja, ale dawałaby im też pełną samodzielność w pracy w laboratorium genetycznym. Uważam, że jest to jedna z najważniejszych rzeczy, bo muszą być ludzie o odpowiednich kwalifikacjach, którzy będą te najnowocześniejsze metody badań genetycznych wykonywać, a wyniki we właściwy sposób opracowywać.

**E.S.: A zatem, czy uważa Pani, że rok 2022 może być przełomowy dla genetyki klinicznej w Polsce?**

**A.L.B.:** Mamy za sobą dopiero cztery miesiące tego roku, ale myślę, że większość działań, o których mówiłam wcześniej, czyli uzupełnienie koszyka świadczeń gwarantowanych, realizacja tego, co zaplanowano dla chorób rzadkich, pojawienie się doradcy genetycznego i poprawa sytuacji lekarza genetyka klinicznego, może zostać zrealizowanych. Jeszcze w tym roku powinna być na ukończeniu, a może nawet zacznie działać platforma informacyjna dla chorób rzadkich. Spodziewam się, że w tym roku zakończone zostaną próbne testy rejestru chorób rzadkich, a pacjenci z chorobami rzadkimi będą mieli dostęp do bezpłatnych badań metodą mikromacierzy i sekwencjonowania następnej generacji. Nie wyobrażam sobie też, żeby w tym roku nie poprawiło się również finansowanie konsultacji genetycznej. Wycena takiej porady musi bezwzględnie wzrosnąć, z uwzględnieniem czasu pracy na opracowanie pacjenta i wydanie karty informacyjnej. Jeśli to mi się nie uda, będę uważała, że jest to moja wielka porażka. ■



**cardio space**

nowy wymiar edukacji medycznej



# 30 lat

odpowiedzialnych  
inwestycji  
w zdrowie Polaków

Partner w leczeniu kardiologicznym, onkologicznym,  
diabetologicznym i psychiatrycznym

- Innowacyjna firma poszukująca terapii w obszarach o niezaspokojonych potrzebach medycznych
- Krajowy producent leków

1.6 miliona\* polskich pacjentów leczonych lekami  
Servier każdego dnia

\* Na podstawie danych IQVIA, MAT 12.2020

servier.pl

